



UniversitätsKlinikum Heidelberg

„Wir begleiten Frauen – ein Leben lang“

Universitäts-Frauenklinik
Abteilung für allgemeine Frauenheilkunde und Geburtshilfe



Inhaltsverzeichnis

Interview mit Professor Sohn	4
Die Patientin im Mittelpunkt – unsere klinischen Bereiche	8
Unser zertifiziertes Brustzentrum und die gynäkologische Onkologie	8
Sektion Senologische Diagnostik – die Brustdiagnostik-Experten	8
Operative gynäkologische Onkologie inklusive Brustchirurgie – unsere Kernkompetenz	9
Sektion Onkologische Ambulanz und Tagesklinik – die Spezialisten für systemische, konservativ-onkologische Therapien	10
Sprechstunde für plastisch-rekonstruktive Chirurgie – das Körperbild im Zentrum unserer Aufmerksamkeit	11
Sprechstunde für familiären Brust- und Eierstockkrebs – eher selten aber von besonderer Bedeutung für entsprechende Familien	11
Perinatalzentrum	12
Elternberatungszentrum - individuelle Schwangerenbetreuung	12
Pränataldiagnostik – ein hochspezialisierter und dennoch persönlicher Bereich	12
Die Schwangerenambulanz und geburtshilflichen Stationen	13
Im Kreissaal – alles dreht sich um Mutter und Kind	14
Allgemeine Gynäkologie	15
Allgemeine Ambulanz – die medizinische Pforte in unserer Klinik	15
Dysplasiesprechstunde – Vorsorge ist die beste Therapie	15
Die Urogynäkologie – zu Unrecht ein tabuisiertes Thema	15
Zentrum für ambulantes Operieren – morgens hin, abends heim	16
Hysteroskopie und minimal-invasive Eingriffe – so viel wie nötig, so wenig als möglich	17
Kinder- und Jugendgynäkologie – hier ist besonderes Einfühlungsvermögen gefragt	17
Besondere Einrichtungen	18
Psychoonkologie, Naturheilverfahren, Breast Care Nurse, klinischer Sozialdienst, Krankengymnastik, Brückenpflege und „Lila Damen“ – unsere Patientinnenversorgung verfolgt ein ganzheitliches Konzept	18
Zentrales Patientenmanagement und zentrale DRG Dokumentation – Professionalisierung im Management einer modernen und innovativen Universitätsklinik	20
Kooperation mit dem Krankenhaus Salem	21
Der Wissenschaft verpflichtet – die Arbeitsgruppen stellen sich vor	22
Die Krebsforschung in Heidelberg – auf einer Spitzenposition weltweit	22
Geburtshilfe, Schwangerschafts- und Pränatalmedizin – Verbesserungen auf höchstem Niveau erzielen	24
Die Urogynäkologie – einem tabuisierten Thema begegnen	26
Klinische Studien an der Universitäts-Frauenklinik	27
Lehre – der Ausbildung junger Kollegen verbunden	29
HeiCuMed	29
Famulatur	29
Praktisches Jahr	29
Facharztausbildung	30

Interview mit Prof. Dr. med. Prof. h. c. Christof Sohn





*Prof. Dr. med. Prof. h. c. Christof Sohn,
Ordinarius für allgemeine Frauenheilkunde
und Geburtshilfe, Geschäftsführender
Direktor der Universitäts-Frauenklinik.*

Sehr geehrter Herr Prof. Sohn, Sie waren als Assistenz- und Oberarzt an der Universitätsklinik tätig und engagieren sich nun seit 2004 als ärztlicher Direktor dieser Klinik. Was verbinden Sie mit der Heidelberger Universitäts-Frauenklinik?

Als ich vor vielen Jahren als Assistenzarzt hier in der Universitäts-Frauenklinik Heidelberg begonnen habe, stand ich bewundernd und staunend vor diesem Gebäude und vor den ungeheuerlichen Leistungen, die in dieser Klinik seit ihrem Bestehen den Alltag ausmachen. Sie besteht mittlerweile seit mehr als 200 Jahren und wurde vor mir von 11 Ordinarien geprägt und geleitet. Sich in diese Tradition hinein zu begeben ist eine große Ehre und eine große Herausforderung an die Leistungsbereitschaft. Wenn man sich gerade die Geschichte der Universitäts-Frauenklinik anschaut, dann wird einem die historische Bedeutung dieser altherwürdigen Universitätsklinik klar:

Die Ordinarien dieser Klinik haben in der Medizin ihre Namen fest eingepägt. Herausragend seien genannt: Das Schwangerschaftsalter wird heute noch nach der sogenannten Nägel'schen Regel berechnet.

Prof. Kehrer war der erste Geburtshelfer, der den modernen Kaiserschnitt zum ersten Mal in seiner heutigen Technik durchgeföhrt hat und diese Technik entsprechend geprägt hat. Prof. Kubli hat in Deutschland erstmals für die Geburtsuberwachung die Kopfschwartenelektrode eingeföhrt und wurde dann zum Wegbereiter der brusterhaltenden Therapie bei Mammakarzinomen in Deutschland. Diese historische

Aufzählung der Leistungen verpflichtet also jeden Nachfolger dieser Reihe zu Höchstleistungen. Nachdem ich dann als Oberarzt die Klinik auf meinem Zug nach Norden über Frankfurt nach Hannover verlassen habe, habe ich noch schmerzhafter erkannt, wie bedeutungsvoll meine Wurzeln in dieser Universitäts-Frauenklinik für mich waren. Der Weggang hat mich sehr geschmerzt, um so mehr die große Freude auf diesen ehrenwerten Lehrstuhl berufen zu werden. Mittlerweile empfinde ich es jeden Morgen als Herausforderung, Ehre und Freude zugleich diese Klinik maßgeblich mitgestalten zu dürfen.

In den letzten Jahren haben Sie zwei sehr erfolgreiche, national und international renommierte Bereiche in Ihrer Abteilung aufgebaut und weiterentwickelt: das zertifizierte Brustzentrum und das Pränatalzentrum. Wo sehen Sie die zukünftigen Schwerpunkte der klinischen Arbeit in Ihrer Klinik?

Der Schwerpunkt der Onkologie ist sehr breit aufgestellt. Traditionell spielt das Mammakarzinom in der Universitäts-Frauenklinik eine sehr große Rolle. Wir haben in den letzten drei Jahren eines der größten Brustzentren in Deutschland etabliert mit mittlerweile mehr als 600 primär behandelten Mammakarzinomen pro Jahr.

Dies hat für die optimale Versorgung der betroffenen Patientinnen eine außerordentlich wichtige Bedeutung: desto größer die Übung in der Behandlung einer Erkrankung ist, desto erfolgreicher verspricht sie zu sein. Hier in Heidelberg darf vorausgesetzt werden, dass die betroffene Patientinnen individuell nach neuesten Erkenntnissen optimal behandelt wird. In unserem zertifizierten Brustzentrum überprüfen wir die Qualität aller Behandlungsschritte ständig. Auch die Behandlung der weiteren gynäkologischen Malignome muss auf höchstem Niveau fortgeföhrt und ausgebaut werden, wie die Behandlung des Ovariakarzioms und die Behandlung des Endometrium- und Zervixkarzinoms. Für beide Bereiche wurden sehr wichtige Spezialsprechstunden eingerichtet. Die onkologische Tagesklinik begleitet diese Patientinnen in ihrer weiteren Therapie und Nachbeobachtung.

Der Schwerpunkt im Bereich der Geburtshilfe und Pränatalmedizin liegt selbstverständlich in der Versorgung von Hochrisikoschwangerschaften und der Betreuung von Hochrisikogeburten. Die engste Zusammenarbeit mit der Neonatologie – immerhin befindet sich die Intensivstation der Neonatologie innerhalb des Kreissaals – ermöglicht eine optimale Versorgung von sehr früh geborenen Kindern mit sehr geringen Geburtsgewichten. Die Pränatalmedizin bereitet für die erfolgreiche Geburtshilfe den Weg. Die Fehlbildungsdiagnostik, intrauterine Therapien und die Betreuung der betroffenen Eltern nehmen einen sehr breiten Platz ein. Darüber hinaus finden innovative Entwicklungen in diesem Bereich statt, wie beispielsweise die Entwicklung des Ultraschallsimulators oder des elektronischen Mutterpasses.

Die Schwerpunkte Urogynäkologie und die Endoskopie sind in den letzten Jahren außerordentlich gestärkt und weiterentwickelt und zu sehr erfolgreich arbeitenden Schwerpunkten ausgebaut worden. Es ist also zu sehen: es gibt kein Ausruhen und Rasten, sondern wir bemühen uns stets um eine optimale und innovative Versorgung und Weiterentwicklung in unserem Fach!

Heidelberg ist traditionell ein Standort exzellenter Krebsforschung. Das Mammakarzinom stellt Wissenschaftler auch zukünftig vor große Herausforderungen. Wo sehen Sie die Aufgabe und Bedeutung Ihrer Abteilung im wissenschaftlichen Kontext?

In wohl keiner deutschen medizinischen Fakultät ist das Umfeld für eine exzellente Krebsforschung so optimal wie hier in Heidelberg. Der Heidelberger onkologische Schwerpunkt der Universitätsklinik ergänzt sich in idealer Weise mit der herausragenden Grundlagenforschung des DKFZ. An praktisch keinem Standort in Deutschland werden mehr Mammakarzinome behandelt wie hier in Heidelberg.

Aus der großen Anzahl der hier behandelten Mammakarzinome leitet sich selbstverständlich ab, dass gerade in diesem Bereich aber auch in allen anderen Bereichen der gynäkologischen Onkologie eine Grundlagenforschung Sinn macht, die dazu dienen

soll weitere neue Behandlungsschritte aufzutun und zu erproben. In Zusammenarbeit mit dem bereits erwähnten DKFZ werden hier in Heidelberg viele Themen im Bereich der Grundlagenforschung angegangen. Durch die Neuberufung einer Stiftungsprofessur für die Grundlagenforschung des Mammakarzinoms erwarten wir ab dem Jahr 2008 neue Impulse. Hier gilt es insbesondere dem Stifter für diese Professur, Herrn Dietmar Hopp, einen großen Dank auszusprechen.

Ein weiterer wichtiger Punkt im Bereich der wissenschaftlichen Tätigkeit sind Therapiestudien, die in großer Anzahl hier in Heidelberg durchgeführt werden, bzw. von Ärztinnen und Ärzten aus der Heidelberger Universitäts-Frauenklinik national und international geleitet werden.

Grundlagenforschungen zur Ursache von vorzeitigen Wehen und deren Verhinderung sowie zu immunologischen Problemen in der Schwangerschaft spielen eine wichtige Rolle. Eine Forschergruppe mit naturwissenschaftlicher Ausrichtung kümmert sich auf höchstem Niveau um die Ursachenforschung im Bereich der schwangerschaftsspezifischen Erkrankungen. Es gilt zu bedenken, dass der Fötus immerhin ein Transplantat väterlicher Gene in die Mutter darstellt und daher eine immunologische Besonderheit ist. Diese immunologische Besonderheit ist für das Verständnis von Abstoßungsreaktionen bei Transplantationen, aber auch für die Onkologie von großer Bedeutung, denn auch in der Onkologie finden Transplantationen statt: es werden genetisch fremde Tumorzellen im Körper akzeptiert. Hier zeigt sich wie wichtig die Verbindung zwischen Geburtshilfe, Pränatalmedizin und Onkologie ist, um die unterschiedlichen Krankheitsmechanismen zu verstehen.

Es ist also abzulesen, dass das Vertrauen, das betroffene Patientinnen uns entgegen bringen, indem sie sich bei uns behandeln lassen, zum einen durch eine hervorragende Behandlung zurück gegeben wird und zum anderen durch eine die Behandlung begleitende Erforschung, um weitere Optimierungen der Therapien daraus abzuleiten.



Mit HeiCuMed (Heidelerger Curriculum Medicinale) nimmt die Universität Heidelberg eine innovative Vorreiterrolle in der Ausbildung zukünftiger Ärztinnen und Ärzte ein. Wo sehen Sie den Beitrag der Universitäts-Frauenklinik in der Verantwortung um Sicherstellung qualitativ exzellent ausgebildeten Mediziner der Zukunft?

Es kann keine klinischen und auch keine wissenschaftliche Fortschritte geben, ohne einen hochmotivierten und qualifizierten Nachwuchs. Mit HeiCuMed versucht die Medizinische Fakultät in Heidelberg optimierte Wege in der Studentenausbildung zu gehen. Diesem schließen wir uns selbstverständlich an und bringen uns in die studentische Ausbildung hochmotiviert ein. Den Studierenden versuchen wir während eines vierwöchigen Block-Praktikums, dauert das Fach Frauenheilkunde schmackhaft zu machen. Dabei gilt es besonders die Kombination von Geburtshilfe und Gynäkologie/Onkologie als eine besondere Herausforderung den Studierenden nahezubringen. Jede ärztliche Mitarbeiterin, jeder ärztliche Mitarbeiter übernimmt turnusmäßig die Tutorenschaft für dieses vierwöchige Praktikum. Diese wichtige, aber zusätzliche Aufgabe für die primär klinisch tätigen Ärzte stellt eine grosse Herausforderung dar.

Durch Abstimmung von klinischen Abläufen wird jedoch grosser Wert darauf gelegt, den Studentenunterricht zu bestimmten Zeiten ins Zentrum der Aufmerksamkeit zu stellen.

Eine sehr wichtige Rolle spielt die Ausbildung der Studenten im Praktischen Jahr. Hier erleben wir die Studierenden direkt innerhalb der Klinik und können ihnen das Fach Frauenheilkunde und Geburtshilfe noch praktischer näher bringen als es in jedem Studentenunterricht möglich ist. Aus den Studierenden des Praktischen Jahres rekrutieren wir auch einen Großteil des ärztlichen Nachwuch für die Universitäts-Frauenklinik.

Auch eine Universitätsklinik ist heutzutage ein unter marktwirtschaftlichen Gesichtspunkten geführtes Unternehmen. Ihre Abteilung ist nachweislich wirtschaftlich sehr gesund. Sehen Sie einen Widerspruch zwischen Wirtschaftlichkeit und guter medizinischer Versorgung? Was tun Sie, um Ihre Klinik auch wirtschaftlich optimal aufzustellen?

Ein Klinikdirektor muss heute nicht nur ein guter Arzt und Forscher sein, sondern in gleicher Weise ein Manager. Sicher habe ich mir dies während meines Studiums und zu Beginn meiner ärztlichen Tätigkeit so nicht vorgestellt und trotzdem ist diese Sicht und das Übereinbringen der medizinischen Versorgung und Wirtschaftlichkeit eine Grundvoraussetzung um eine Klinik funktionierend und gesund in die Zukunft zu steuern.

Es ist heute eine Selbstverständlichkeit, dass Wirtschaftlichkeit und medizinische Versorgung auf höchstem Niveau zusammengebracht werden müssen – und dies funktioniert auch. Man kann den uns sich anvertrauenden Patientinnen höchste medizinische Versorgung zugute kommen lassen und dabei trotzdem wirtschaftlich arbeiten. Dabei gilt es ständig die Abläufe kritisch zu hinterfragen und zu optimieren.

Ich darf zusichern, dass alle Patientinnen der Universitäts-Frauenklinik eine optimale Versorgung, ohne Rücksicht auf die Kosten bekommt. Die Optimierung geschieht in Bereichen, wo sie medizinisch

an der Qualität der Behandlung keine Einbußen erwarten lassen. Dies bedeutet eine ständige Kontrolle der anfallenden Kosten und eine ständige Übersicht durch die Behandlung erzielten Einnahmen.

Praktisch sieht es so aus, dass vom Bestellwesen der Stationen bis zu Anordnung von Untersuchungen und den zeitlichen Einsatz des Personals alle Schritte innerhalb einer Klinik überwacht und auf den Nutzen hin überprüft werden. Darüber hinaus ist es auch nötig sich von althergebrachten Traditionen, die in der heutigen Zeit nicht mehr in den Alltag einer Klinik eingepasst werden, zu verabschieden. In meiner Klinik erfolgt das Management von Aufnahme, Operation und Entlassung stationärer Patientinnen durch geschultes und extra dafür eingesetztes Personal.

Ebenso erfolgt die Erfassung der Diagnosen und stattgehabten diagnostischen und therapeutischen Prozeduren (zur Bildung sogenannter DRGs) als Grundlage für die Abrechnung zentral – einerseits um das ärztliche und pflegerische Personal davon zu entlasten und andererseits in dem Wissen, dass damit die Wirtschaftlichkeit verbessert werden kann. Jede Neuerung orientiert sich nach der Maxime: „Jeder macht das am besten, was er kann und will!“

Als Ärztlicher Direktor prägt man die Atmosphäre in einer Klinik maßgeblich mit. Wie stellen Sie sich den Umgang zwischen den Mitarbeitern (Ärzten, Hebammen, Pflegenden, etc) und den Patientinnen sowie untereinander vor? Was tun Sie um diese Vorstellung in die Wirklichkeit umzusetzen?

Eine Klinik ist nur gesund und optimal in den Abläufen, wenn die Mitarbeiter des Morgens gerne zur Arbeit gehen. Deswegen lege ich höchsten Wert auf ein angenehmes Arbeitsklima. Ich glaube, dass wir dies auch in Heidelberg tatsächlich erfolgreich erreicht haben. Wir haben ein sehr gutes Verhältnis miteinander, wir können untereinander ohne Hierarchiegrenzen über alles reden. Wir sitzen alle im gleichen Boot und bilden ein Team, unabhängig von der Berufsgruppenzugehörigkeit. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die die Klinik sauber halten, haben ebenso ihren außerordentlich wichtigen Beitrag

zu leisten, wie Hebammen oder ärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Daher gilt es die Freundlichkeit zwischen allen Berufsgruppen zum Ausdruck kommt. Besonders eindrucksvoll zeigt sich dies bei unseren Sommer- und Weihnachtsfesten, zu diesen Anlässen sitzen wir alle sozusagen an einem Tisch und feiern unseren Erfolg. Wenn in der Universitäts-Frauenklinik kontrovers diskutiert wird, dann lege ich immer besonderen Wert darauf, dass dies in sich gegenseitig achtender und schätzender Atmosphäre geschieht.

Die Patientin im Mittelpunkt – unsere klinischen Bereiche



Unser zertifiziertes Brustzentrum und die gynäkologische Onkologie

Sektion Senologische Diagnostik – die Brustdiagnostik-Experten

Ziel aller Bemühungen unserer Brustdiagnostikexperten ist es, allen Frauen mit Brusterkrankungen eine schnelle, sichere und vollständige Abklärung anzubieten. So ist am ehesten gewährleistet, dass die Behandlung erfolgreich und ohne unnötige Belastungen für die Patientin durchgeführt werden kann. Dieses Vorgehen führt zu einer von Jahr zu Jahr ansteigenden Zahl von Patientinnen, die sich bei uns zur Behandlung bösartiger Brusterkrankungen vorstellen. Mit über 600 Neuerkrankungen im Jahr 2007 ist die Universitätsfrauenklinik Heidelberg eines der größten Brustzentren Deutschlands.

Eine genaue Diagnostik stellt die Grundlage jeder erfolgreichen Behandlung dar. Die Sektion Senologische Diagnostik klärt Brusterkrankungen nach neuesten internationalen Standards ab. Alle Frauen mit Brustbeschwerden stellen sich vor einer Behandlung an der Universitätsfrauenklinik hier vor. Auswärts erhaltene Befunde werden zur Beurteilung herangezogen und falls erforderlich ergänzt. Die Sektion Senologische Diagnostik ist zudem eines der Zentren, die von den Krankenkassen für Früherkennungsuntersuchungen von Patientinnen mit einem erblich erhöhten Brustkrebsrisiko zugelassen sind.

Die Brustsprechstunde setzt alle modernen Verfahren zur Abklärung ein:

- › Mammographie mit digitalem Vollfeldgerät
- › hochauflösender Ultraschall
- › Ultraschall gesteuerte Stanzbiopsie
- › Ultraschall gesteuerte Vakuumbiopsie
- › Mammographisch (stereotaktisch) gesteuerte Vakuumbiopsie
- › Hautstanzen bei unklaren Veränderungen an der Brusthaut und Brustwarze
- › Kernspintomographie und kernspintomographisch gesteuerte Vakuumbiopsie (die Kernspintomographie wird in Zusammenarbeit mit der Abteilung für Radiodiagnostik durchgeführt)

Die Untersuchung schließt bei Unklarheiten bzw. zur Diagnosesicherung eine Gewebeentnahme in örtlicher Betäubung mit einer Stanzbiopsienadel ein. Die vollständige Abklärung kann in der Regel innerhalb einer Konsultation erfolgen.

Die Abteilung Senologische Diagnostik arbeitet darüber hinaus eng mit dem regionalen und den benachbarten Mammographiescreeningprogrammen zusammen. Die mammographisch gesteuerten Vakuumbiopsien des regionalen Screeningprogrammes (Mannheim, Heidelberg, Rhein-Neckarkreis und Neckar-Odenwaldkreis) werden hier durchgeführt. Ärzte unserer Sektion nehmen an den wöchentlichen multidisziplinären Konferenzen im Screeningzentrum teil. So stehen alle Informationen über die Patientinnen den an der Behandlung beteiligten Ärzten zur Verfügung.

Entsprechend den Europäischen Leitlinien erfolgt bei einer behandlungsbedürftigen Brusterkrankung vor einer Operation die Vorstellung aller Untersuchungsergebnisse in der sogenannten interdisziplinären präoperativen Konferenz. Hier beraten Diagnostiker, Pathologen, Operateure und Onkologen über den Behandlungsplan. Eine speziell ausgebildete Krankenschwester (Breast Care Nurse) begleitet die Patientin während sämtlicher Behandlungsschritte. Im Anschluss an eine Operation wird in der multidisziplinären postoperativen Konferenz überprüft, ob alle diagnostischen Aspekte ausreichend berücksichtigt worden sind. Dies dient der Sicherheit der Patientin und der laufenden Überprüfung der Genauigkeit der Diagnostik im Rahmen unseres Qualitätsmanagements nach Europäischen Leitlinien.

Operative gynäkologische Onkologie inklusive Brustchirurgie – unsere Kernkompetenz

Die Kernaufgabe einer Frauenklinik besteht darin, für gynäkologische Erkrankungen die medizinischen Hilfen anzubieten, welche möglichst schnell und vollständig die Gesundheit der uns anvertrauten Patientinnen wiederherstellen. Dabei spielt die Bekämpfung des Krebses als körperlich wie seelisch sehr belastende Erkrankung eine zentrale Rolle.

Wenngleich hier die Verfahren der Strahlenbehandlung und der Chemotherapie hochwirksame und sehr erfolgreiche Heilmethoden darstellen, ist ihr Erfolg dennoch praktisch immer daran geknüpft, dass in einem ersten Schritt der Tumor vollständig entfernt wurde. Damit kommt beim Versuch der Beantwortung der Frage nach der Prognose der Erstoperation eine zentrale Bedeutung zu. Sie muss kompetent und gründlich in erfahrener Hand durchgeführt werden. Alle chirurgischen Möglichkeiten der Tumorentfernung und der Rekonstruktion der befallenen Organe (sog. radikale Tumorchirurgie) müssen ausgeschöpft werden. Dementsprechend muß derjenige, welcher Krebserkrankungen operativ behandelt, alle erforderlichen speziellen Operationstechniken auf dem jeweils neuesten Stand beherrschen. Weiter muß garantiert sein, daß im Bedarfsfall hochspezialisierte Experten der benachbarten operativen Disziplinen (Urologie, Abdominalchirurgie) jederzeit im operativen Kompetenzteam verfügbar sind. Dies macht es notwendig, daß im Hintergrund ein umfangreicher Apparat an Logistik und hoher fachlicher Spezialistenkompetenz bereitgehalten wird.

Die Operation ist zwar nur der Anfang der Therapie von Brustkrebserkrankungen, doch ist er der wichtigste Schritt. Operationen an der weiblichen Brust sollten von Experten durchgeführt werden, da es viele Wege gibt, Knoten und auffällige Veränderungen zu entfernen oder die Brüste in Form und Größe zu verändern. Um alle operativen Techniken zu beherrschen bedarf es Geschick und vieler Jahre Erfahrung. Wir am Brustzentrum Heidelberg beherrschen alle bekannten Techniken und bieten die gesamte Palette der operativen Versorgung qualitätsgesichert an. Letzteres bedeutet, dass wir unsere Qualität kontinuierlich überprüfen und verbessern. Wir erfassen seit vielen Jahren unsere operativen Ergebnisse und die Zufriedenheit unserer Patientinnen, um unsere Fertigkeiten und unseren Service zu verbessern. Grundlegend für die Qualität unserer Operationen ist die sogenannte präoperative Tumorkonferenz, die jeden Morgen stattfindet. Hier werden im Kreise der Experten die Befunde aller Patientinnen des nächsten Tages besprochen und Empfehlungen für

die weitere Therapie ausgesprochen. Als Basis der Entscheidungen dienen die Mammographien, Ultraschallbilder und natürlich der Tastbefund. Diese Empfehlungen werden dann mit den Patientinnen und deren Angehörige ausführlich bei der stationären Aufnahme diskutiert. Am Tag der Operation werden die Patientinnen in den OP gebracht und dort in Vollnarkose operiert. Nach einer kurzen Überwachung im Aufwachraum kommen sie dann wieder auf die Station zurück. In den nächsten Tagen wird nicht nur die Wunde betreut. Viel mehr bieten wir unseren Patientinnen zahlreiche Serviceleistungen an: Beratungen des Sozialdienstes, der Psychoonkologen, der Brustkrebsfachschwester, spezielle Übungen mit den Physiotherapeuten und vieles mehr. Nach der Operation bleiben die Patientinnen in der Regel 4-6 Tage auf der Station und werden dann wieder nach Hause entlassen.





Die ausführliche pathologische Begutachtung des Tumors, das wiederum von einem Experten durchgeführt wird, ist die Basis für die postoperative Tumorkonferenz. Hier werden alle Befunde zusammengetragen, um eine weitere Therapieempfehlung abgeben zu können. Diese wird dann mit Ihnen und Ihren Angehörigen ambulant besprochen.

All diese Anforderungen an die Qualität der operativen Versorgung werden in unserer Klinik nicht nur erfüllt, sondern fortwährend ausgeweitet: Als Universitätsklinik sind wir für die Weiterentwicklung unseres Faches verantwortlich. Daraus erwächst uns die Pflicht, unser Handeln und seine Ergebnisse auf wissenschaftlicher Basis fortwährend zu überprüfen und zu verbessern. Hier hat sich das Konzept der interdisziplinären Zentrenbildung bewährt: Bereits seit mehreren Jahren ist das Brustzentrum der Universitäts-Frauenklinik Heidelberg deutschlandweit diejenige Einrichtung, welche am meisten Brustkrebskrankungen betreut. Eine analoge Behandlungsstruktur und damit Behandlungskultur haben wir abgesehen von der Brust auch für den Bereich der Krebskrankungen des Unterleibs aufgebaut. Damit ist garantiert, daß Sie bei uns bei jeder Form

einer bösartigen Erkrankung ein Optimum an Diagnostik und Therapie erfahren, was im Endeffekt zu einer möglichst günstigen Prognose führt.

Sektion Onkologische Ambulanz und Tagesklinik – die Spezialisten für systemische, konservativ-onkologische Therapien

In der Sektion „Onkologische Ambulanz mit Tagesklinik“ der Universitäts-Frauenklinik werden Patientinnen ambulant betreut, die eine bösartige Erkrankung der Brust oder des Unterleibs haben, also eine bösartige Erkrankungen der Eierstöcke, der Gebärmutter inklusive des Gebärmutterhalses, der Scheide oder des äußeren Genitale. Wir betreuen und behandeln sowohl Patientinnen, die zum ersten Mal erkranken, als auch Patientinnen, die einen Rückfall ihrer Erkrankung erleiden.

Bei der ersten Vorstellung erfolgt eine ausführliche und strukturierte Aufarbeitung der gesamten bisherigen Krankengeschichte und Sichtung aller Krankenunterlagen. Dies ist die grundlegende Voraussetzung für die Entwicklung eines erfolgreichen Therapieplans. Neben Sprechstunden für die Erstvorstellung und ausführlichen Erstberatung

(sog. „Tumorboard“), laufen täglich Sprechstunden für Patientinnen mit fortgeschrittener Erkrankung, die bereits bei uns behandelt werden. Zusätzlich haben wir Sprechstunden für Patientinnen mit familiärer Häufung von Krebserkrankungen. Wir sind auch ein Zentrum für die Behandlung des seltenen Brustkrebses beim Mann. In unsere individuellen Therapiepläne fließen neben den medizinisch sinnvollen und notwendigen Maßnahmen ganz entscheidend die Wünsche der betroffenen Frauen ein.

Bei Entwicklung dieser individuellen Therapiepläne werden die neuesten Erkenntnisse der interdisziplinären Krebsbehandlung berücksichtigt. Neben den zugelassenen, erprobten Standardtherapien haben wir als universitäre Einheit mit ausgewiesener Expertise in der Entwicklung und Testung neuer Therapieverfahren auch die Möglichkeit, im Rahmen kontrollierter Studien neue, noch nicht zugelassene, aber möglicherweise überlegene Therapien anzubieten. Hierbei kann es sich um Tabletten-, Spritzen- oder Infusionsbehandlungen handeln.

Tablettentherapien und Spritzenbehandlungen z. B. mit antihormonell wirksamen Substanzen oder modernen „zielgerichtet“ wirksamen Medikamenten erfolgen in unserer onkologischen Ambulanz. Infusionsbehandlungen werden ambulant auf unserer Tagesklinik verabreicht („morgens kommen, mittags oder abends gehen“). In Ambulanz und Tagesklinik steht Ihnen ein erfahrenes, interdisziplinäres Team aus gynäkologischen und internistischen Onkologen, Psycho-Onkologen, spezialisierten Krankenschwestern und Pfleger, Musiktherapeuten und Versorgungsassistenten zur Seite.

Die „Wintergarten“-artige Gestaltung unserer Tagesklinik erzeugt eine angenehme, entspannte Atmosphäre. Der positive Gesamteindruck wird unterstützt durch den persönlichen Zuspruch, den unsere Patientinnen von freiwilligen Mitarbeiterinnen der ökumenischen Krankenhaushilfe erhalten.

Im Einzelnen verabreichen wir auf unserer Tagesklinik einfache und komplexe Chemotherapien aller Art

(präoperativ/neoadjuvant, postoperativ/adjutant, bei fortgeschrittener Erkrankung), alle Antikörper und Bisphosphonate. Darüber hinaus bieten wir im Rahmen kontrollierter Studien innovative noch nicht zugelassene Infusionsbehandlungen mit neuen Molekülen und körpereigenen, stimulierten Immunzellen (sog. adoptive Immuntherapien) an.

Zusatzangebote für unsere onkologischen Patientinnen beinhalten Kosmetikkurse (alle 4 Wochen nach Voranmeldung), Modenschauen, Permanent make up, Aufklärung über Perücken und Brustprothesen, auf Wunsch Gymnastik und Entspannungskursen während der Behandlung und vieles mehr. Unser erklärtes Ziel ist es, unseren Patientinnen trotz ihrer Erkrankung und der erforderlichen Therapie ein möglichst ungestörtes und angenehmes Leben zu ermöglichen.

Im Bereich der Grundlagen- und translationalen Forschung arbeiten wir eng mit dem Deutschen Krebsforschungszentrum in Heidelberg zusammen. Innerhalb des Nationalen Centrums für Tumorerkrankungen (NCT), der 2006 neu gegründeten ersten Krebsklinik Deutschlands nach dem Vorbild großer amerikanischen Krebskliniken, sind wir ebenfalls verantwortlich für die Beratung und Behandlung aller Patientinnen mit Krebserkrankungen des Unterleibs und der Brust.

Diese enge Verzahnung von Erfahrung und innovativer Kraft durch enge, interdisziplinäre Kooperation erlaubt uns eine Betreuung auf internationalem Spitzenniveau ohne die individuellen Bedürfnisse der einzelnen Patientin zu vergessen.

Sprechstunde für plastisch-rekonstruktive Chirurgie – das Körperbild im Zentrum unserer Aufmerksamkeit

Das Angebot wendet sich primär an Patientinnen, die sich bezüglich einer Brustveränderung oder eines Brustwiederaufbaus nach Mammakarzinom-Operation beraten lassen möchten. Patientenzufriedenheit und die Wiederherstellung eines ästhetischen symmetrischen Erscheinungsbildes sind unsere Ziele.



Wenn eine Brustentfernung wegen Brustkrebs notwendig ist, beraten wir die Frauen vor der Operation über die Möglichkeiten eines Wiederaufbaues. Dann kann ggfs. bei der Brustentfernung ein hautsparendes Verfahren angewendet werden oder gleich eine Dehnungsprothese hinter den Brustmuskel implantiert werden. Wird der Wiederaufbau primär mitbedacht, kann soviel wie möglich an Haut erhalten bleiben. Wenn eine Eigengewebstrekonstruktion gewünscht ist, wird der große Rückenmuskel mit einer Hautinsel von hinten nach vorne geschwenkt.

Dadurch werden Volumen und Haut wiedergewonnen und eine natürliche Brustform kann nachgebildet werden. In einigen Fällen ist eine Verkleinerung der gesunden Seite nötig und gewünscht um nach einer Brustkrebsoperation isovolumetrische Brüste zu erhalten. Zudem werden in Kooperation mit plastischen Chirurgen der BG-Unfallklinik in Ludwigs-hafen freien Lappenplastiken durchgeführt. Neben Brustrekonstruktionen werden auch Brustverkleinerungen und -vergrößerungen als auch Korrekturen von Fehlbildungen durchgeführt; sowohl aus medizinischer als auch rein ästhetischer Indikation. Das Angebot der Sprechstunde geht auch über die

Brustoperationen hinaus. Unter rekonstruktiven Aspekten führen wir Bauchdeckenplastiken z. B. nach starker Gewichtsabnahme durch. Bei Senkungsbeschwerden ist oft eine Scheidenplastik mit Beckenbodenstraffung erforderlich. Im Bereich der Rekonstruktion des äusseren Genitale werden auf Wunsch auch Rekonstruktionen des Jungfernhäutchens angeboten.

Sprechstunde für familiären Brust- und Eierstockkrebs – eher selten aber von besonderer Bedeutung für entsprechende Familien

In dieser Spezialsprechstunde werden Erkrankte und Ratsuchende aus Risikofamilien mit gehäuften und/oder sehr frühem Auftreten von Brust- und Eierstockkrebs beraten, behandelt und engmaschig untersucht. Die Beratung erfolgt wie im deutschen Verbundprojekt „Familiäres Mamma- und Ovarialkarzinom“ empfohlen interdisziplinär durch die Frauenklinik und das Institut für Humangenetik, sowie wenn erforderlich durch die Abteilung Psychoonkologie/Psychosomatik.

Nach heutigem Wissensstand entstehen 5-10% aller Brustkrebskrankungen durch eine vererbte familiäre Veranlagung, meistens einer Veränderung (Mutation) im BRCA1 (Breast-Cancer-1) oder BRCA-2 Gen. Eine solche Genveränderung lässt sich durch eine molekulargenetische Testung an einer Blutprobe von an Brust- oder Eierstockkrebs erkrankten Patientinnen aus sogenannten Hochrisikofamilien bestimmen. Wird eine krankheitsverursachende Genveränderung gefunden, kann auch bei gesunden Angehörigen nach der entsprechenden Mutation gesucht werden und es kann eine entsprechende Beratung, Vorsorge und Vorbeugung erfolgen.

Dieses Angebot der Beratung von Familien und einzelnen Ratsuchenden ermöglicht vor dem Hintergrund des aktuellen Wissens um erbliche Brust- und Eierstockkrebskrankungen eine individuell an das Risiko der einzelnen Patientin angepasste Beratung in Verbindung mit einer hochspezialisierten Vorsorge bis hin zur krebsvermeidenden Operation mit Rekonstruktion.

Perinatalzentrum

Elternberatungszentrum – individuelle Schwangerenbetreuung

Für werdende Eltern bietet das Elternberatungszentrum eine zentrale Anlaufstelle für viele Fragen und Informationen. Hier haben die Frauen und Paare auch die Möglichkeit zu einem persönlichen Gespräch, individueller Beratung und Anmeldung. Werdende Eltern können so schon früh Kontakt zur Klinik aufnehmen und sich so vertraut machen mit unserem Haus.

Wir haben ein vielfältiges Kursangebot in unserem Programm, das meist von engagiertem Hebammen durchgeführt wird. Vor der Geburt werden beispielsweise Geburtsvorbereitungskurse als Frauen- wie auch Paarkurse durchgeführt. Diese Kurse bereiten die werdenden Eltern auf das große Ereignis vor.

Entspannungsübungen, Gymnastik und Atemübungen werden vermittelt. Alle Themen rund um Schwangerschaft und Geburt werden besprochen. Hier können auch Kontakte, zu anderen werdenden Eltern, geknüpft werden. Andere Kurse (Yoga für Schwangere, Pilates für Schwangere) bieten eine gute Möglichkeit auch in der Schwangerschaft fit zu bleiben und werden von ausgebildeten und erfahrenen Trainern und Trainerinnen vermittelt.

Nach der Geburt werden Rückbildungskurse (Fitness nach der Rückbildung, Pilates zur Rückbildung) angeboten. Das Angebot wird abgerundet durch Babykurse, Babymassage, eine Babyspielgruppe oder auch Gymnastik für Mutter und Kind.

Zudem finden in unserer Klinik Vorträge zu verschiedenen Themen statt: Stillen, Babypflege, Babyernährung, Zahnpflege für Säuglinge und Kleinkinder. Bei diesen Kursen und Fortbildungen möchten wir mit den Eltern die ersten Schritte gehen, möchten Sicherheit, Zutrauen und Informationen geben.

Pränataldiagnostik – ein hochspezialisierter und dennoch persönlicher Bereich

Die Universitäts-Frauenklinik Heidelberg bietet ein breites Spektrum moderner Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Bereich der Pränataldiagnostik an. Mit Ultraschallgeräten des jeweils neuesten technischen Standes (sog. High-End-Ultraschallsysteme) betreuen wir Risikoschwangerschaften, aber natürlich auch alle unauffälligen Schwangerschaften. Der Aufgabenstellung einer universitären Einrichtung entsprechend ist dabei unser Anspruch, die Untersuchungen auf professionellstem technisch-fachlichem Niveau durchzuführen. Dabei legen wir ausdrücklichen Wert darauf, daß diese medizinischen Handlungen in einer von Freundlichkeit und wechselseitigem Respekt geprägten Atmosphäre geschehen.

Folgende Spezialgebiete werden an der Universitäts-Frauenklinik auf höchstem fachlichem Niveau durchgeführt:

- › Ersttrimester-Test
- › Spezielle Fehlbildungsdiagnostik und fetale Echokardiographie
- › Invasive Eingriffe
- › Nicht-invasive Methoden
- › 3D Service Sprechstunde



Pränatale Ultraschalldiagnostik

Ersttrimester-Test (Nackenfaltentest, Nackentransparenzmessung, NT-Test)

Beim NT-Test wird eine für die jeweils untersuchte Schwangere individuelle statistische Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer Chromosomenstörung (z. B. Trisomie 13, 18 und 21) oder eines schwerwiegenden Herzfehlers errechnet. Dies geschieht mit Hilfe der sogenannten Nackentransparenzmessung („nuchal translucency“, NT), ggf. Darstellung des kindlichen Nasenbeines („nasal bone“), Messung des Blutflusses in einem herznahen kindlichen Gefäß (Ductus venosus) und der Bestimmung von zwei kindlichen Hormonwerten im mütterlichen Blut (β -HCG, Papp-A).

Spezielle Fehlbildungsdiagnostik und fetale Echokardiographie

Im Rahmen dieser Untersuchung, die optimal zwischen der 20. und 22. SSW durchgeführt wird, werden die kindlichen Organe detailliert beurteilt. Die Untersuchung stellt eine normale Ultraschalluntersuchung dar, bei der mit modernsten hochauflösenden Geräten eine genaue Beurteilung der kindlichen Organe, des Gesichtes, der Bauchwand und des Rückens sowie der Extremitäten erfolgt. Ein besonderes Augenmerk wird auf die Beurteilung des kindlichen Herzens gelegt (Echokardiographie), die hier unter allen Organen die häufigste Fehlbildungsrate liegt (ca. 2% aller geborenen Kinder).

Invasive Eingriffe

Zur Abklärung und Behandlung im Risikofall bieten wir sämtliche invasiven Methoden in der Pränatalmedizin an:

- › Chorionzottenentnahme = Chorionbiopsie, CVS
- › Fruchtwasseruntersuchung = klassische Amniocentese
- › Nabelschnurpunktion = Chordocentese
- › Plazentaprobenentnahme = Placentabiopsie

Nicht-invasive Methoden:

Blutflußmessung (Doppler-Sonographie) kindlicher Gefäße (Nabelschnur, große Körperschlagader, Hals- und Hirnschlagadern) zur Bestimmung des kind-

lichen Zustandes: Dies dient bei einem Kind, das nicht mehr ausreichend über den Mutterkuchen versorgt und dadurch wachstumsverzögert ist, der Unterscheidung, ob diese Mangelversorgung (Plazentainsuffizienz) noch ausgeglichen (kompensiert) ist, d.h. dem Kind geht es intrauterin noch gut, oder ob die Mangelversorgung nicht mehr ausgeglichen (de-kompensiert) ist, d.h. das Kind leidet bereits an seiner Mangelernährung und sollte daher besser bald entbunden werden.

Als Perinatalzentrum bietet die Ultraschallabteilung der Universitäts-Frauenklinik die einzigartige Möglichkeit im Falle des Falles unmittelbar bei Erstuntersuchung Kontakt zu den benachbarten Fachdisziplinen herzustellen, die mit der weiteren Versorgung des Kindes nach der Geburt beauftragt werden. In erster Linie kann hierzu problemlos und unkompliziert ein Gespräch mit einem der Oberärzte der Kinder-Intensivstation, welche unmittelbar benachbart zum geburtshilflichen Bereich der Klinik liegt, jederzeit eingeleitet werden.

Darüber hinaus besteht eine enge Kooperation mit den Kinderherzspezialisten, Kinderchirurgen und Neurochirurgen, die, sollte es notwendig und gewünscht sein, zu den Ultraschalluntersuchungen hinzukommen können, um eine optimale Betreuung und Information der werdenden Eltern zu gewährleisten.

Die Schwangerenambulanz und geburtshilflichen Stationen

Eine intensive und fachkompetente Schwangerenbetreuung zusätzlich zur Schwangerenvorsorge hat zum Ziel, Risiken und daraus resultierende Folgen rechtzeitig zu erkennen und entsprechende Maßnahmen einzuleiten. Die meisten schwangeren Frauen, die zur Entbindung in unsere Abteilung kommen, nutzen die Möglichkeit, sich einige Wochen vor dem Geburtstermin zur Beratung anzumelden. Sie können bei dieser Gelegenheit unsere Hebammen, Ärztinnen und Ärzte sowie die Räumlichkeiten kennen lernen und ihre medizinischen Fragen zur Geburt mit uns klären. Gleichzeitig können Vorstellungen



und Wünsche in aller Ruhe erfragt, alle bisherigen Untersuchungsergebnisse gesichtet, gegebenenfalls Vorerkrankungen abgeklärt und Befunde angefordert werden, wodurch mögliche Risiken für die Geburt erkannt und gemindert werden können. Eine intensive Schwangerenbetreuung ist besonders bei fetalen oder maternalen Erkrankungen sinnvoll, die mit einem erhöhten Risiko für Mutter und Kind verbunden sind.

In der Regel stellen sich Schwangere in unserer Schwangerenambulanz zusätzlich zur Schwangeren-vorsorge durch die betreuende gynäkologische Praxis vor.

Die häufigsten speziellen Fragestellungen dabei sind:

- › Gestationsdiabetes, insbesondere bei Indikation zur Insulineinstellung
- › Internistische oder neurologische Erkrankungen der Schwangeren
- › Fetale Fehlbildungen mit interdisziplinärer Planung der weiteren Schwangerschaft und Entbindung
- › Lageanomalien des Feten

Die integrative Wochenbettpflegestation ist die Station Naegele. Gemeinsam werden dort Mütter und

Neugeborene von Kranken- und Kinderkrankenschwestern sowie Hebammen betreut. 24-Stunden-rooming-in, Frühstück- und Abendbüffet und auch erweitertes Rooming-in mit Vätern in „Familienzimmern“ sind hier mittlerweile selbstverständlich. Speziell ausgebildete Still- und Laktationsberaterinnen unterstützen zusätzlich zum restlichen Personal Frauen in besonderen Fragen zum Thema Stillen.

Ein besonderes Angebot auf der Station Keher war die 2005 eingeführte Musiktherapie bei Frauen mit Risikoschwangerschaften. Mit dem Wissen, dass Musik nicht nur Mütter sondern auch intrauterin die Kinder entspannen kann, wurde im Rahmen eines wissenschaftlich begleiteten Pilotprojektes untersucht, ob das körperliche und psychische Wohlbefinden bei Risikoschwangeren durch Musiktherapie verbessert werden kann. Seit dem Jahr 2008 besteht außerdem eine intensive klinische Kooperation zwischen der Universitätsfrauenklinik und der Klinik für Psychiatrie.

Zum ersten Mal in Deutschland wird eine Station für psychisch kranke Schwangere gemeinsam von Frauenärzten und Psychiatern betreut.

Im Kreißsaal – alles dreht sich um Mutter und Kind

Im Kreißsaal steht ein junges, dynamisches Team, aus 15 Hebammen bereit. In einer Schicht arbeiten mindestens zwei Hebammen. Durch die unserem Hause angegliederte Hebammenschule werden die Hebammen in der Betreuung der Frauen während der Geburt auch durch Hebammenschülerinnen unterstützt. Zum Team gehören außerdem ein Kreißsaalarzt/ärztin und einen Oberarzt. Die Teams der Anästhesie und der Neonatologie sind rund um die Uhr im Haus verfügbar.

Die Neugeborenenintensivstation ist in den Kreißsaalbereich integriert. Damit wird ein Transport von Kindern, insbesondere von kleinen Frühgeborenen, in eine andere Klinik unnötig.

Im Kreißsaalbereich befinden sich 4 separate freundlich ausgestattete Geburtsräume, in denen eine individuelle Betreuung sowie eine kontinuierliche Überwachung von Mutter und Kind während der Geburt möglich sind. Partner oder andere Begleitpersonen dürfen selbstverständlich während der gesamten Geburt anwesend sein.

Zusätzlich zu den Geburtsräumen finden sich zwei weitere Räume zur Intensivüberwachung von Schwangeren.

Eine Geburt sollte auch unter Risikokonstellationen so natürlich wie möglich unter dem eben notwendigen Einsatz medikamentöser und technischer Hilfe ablaufen. So können auch schwierige Rahmenbedingungen zu einer glücklichen und harmonischen Erfahrung für alle Beteiligten werden.

Geburtenstatistik

Seit 2004 steigen die Geburtenzahlen an der Universitätsfrauenklinik Heidelberg im Gegensatz zum nationalen Trend der fallenden Geburtenzahlen. Die Entwicklung der Gesamtgeburtenzahl in Deutschland ist seit 1990 kontinuierlich fallend und liegt 2006 geschätzt bei 675.000. Im Vergleich zum Vorjahr 2005 ergibt sich wahrscheinlich für Deutschland nach dieser Schätzung ein Minus von 10.000 Geburten (1,5%). An der UFK nahm die Zahl der Geburten seit dem Jahr 2004 um 40% zu. Allein im Jahr 2007 wurde im Vergleich zum Vorjahr eine Steigerung von 126 Entbindungen (9 %) erzielt.

Verschiedene Methoden der Schmerztherapie unter der Geburt werden in unserer Abteilung angewendet: z. B. nicht-medikamentöse Therapien wie Akupunktur, Massage und Aromatherapie, homöopathische Mittel, krampflösende Medikamente (Spasmolytika), Schmerzmittel, Pudendus-Block oder Periduralanästhesie. Eine der häufigsten Formen der Schmerztherapie ist die Periduralanästhesie.



Allgemeine Gynäkologie

Allgemeine Ambulanz – die medizinische Pforte in unserer Klinik

Die allgemeine Ambulanz ist eine der wichtigsten Eintrittspforten in unsere Klinik. Hier werden mehrheitlich Patientinnen mit Spezialfrage- und Problemstellungen von den niedergelassenen Kollegen und Klinikumsintern zugewiesen, die um eine weitere Abklärung der Beschwerden der Patientin bitten. Darin enthalten sind sowohl Notfälle wie beispielsweise Eileiterschwangerschaften, so genannte stielgedrehte Eierstockszysten sowie gestörte Schwangerschaften bis zur 12. Schwangerschaftswoche als auch Fragen zu seltenen und besonderen Erkrankungen des gynäkologischen Formenkreises. Die allgemeine Ambulanz führte die notwendigen Untersuchungen mit Hilfe der zur Verfügung stehenden Apparate und der dazu gehörigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch. Ausführliche aufklärende Gespräche mit Patientinnen und deren Partnern wurden ebenso geführt wie auch rasche therapeutische Maßnahmen.

Die vornehmliche Aufgabe der allgemeinen Ambulanz besteht darin, Patientinnen problemorientiert den jeweiligen Spezialsprechstunden zuzuweisen wie z. B. der Dysplasiesprechstunde (Krebsvorstufen), der urogynäkologischen Sprechstunde oder der Hormonsprechstunde. Der Allgemeinen Ambulanz und ihrer Mitarbeiter war es ein grosses Anliegen im direkten Kontakt mit den zuweisenden niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen die Probleme zu lösen.

Dysplasiesprechstunde – Vorsorge ist die beste Therapie

Im Rahmen von Krebsvorsorgeuntersuchungen können auffällige Zellabstriche auftreten, die einer weitergehenden Diagnostik bedürfen. Diese weitergehende Diagnostik ist eine der Aufgaben unserer Spezialsprechstunden für gynäkologische Krebsvorstufen. Einen weiteren Schwerpunkt dieser Spezialsprechstunde stellt die Behandlung von genitalen Warzen und chronisch-entzündlichen Erkrankungen der Scheide dar.



Alle diese Befunde stellen lediglich Verdachtsdiagnosen dar, so dass die endgültige Diagnose erst mit Hilfe anderer Untersuchungsmethoden gestellt werden kann. Dazu dienen die Beurteilung des Gebärmutterhalses mit Hilfe eines Mikroskops (Differenzialkolposkopie) und eine eventuelle Gewebsuntersuchung, die durch eine Probeentnahme aus dem verdächtigen Bezirk gewonnen wird (Histologie). Manche Abstrichveränderungen gehen auf die Infektion mit bestimmten Viren (HPV, Humane Papillomviren) zurück. Auch diese Virusdiagnostik führen wir im Rahmen der Untersuchung in unserer Spezialsprechstunde durch sowie die verfügbare Impfung.

Im Rahmen unseres ambulanten Operationszentrums können eventuelle operative Eingriffe tagesstationär durchgeführt werden. Hierzu stehen uns modernste Operationseinrichtungen mit Laserchirurgie und Hochfrequenzchirurgie zur Verfügung, um komplikationsarm erforderliche Eingriffe durchzuführen. Alle Ergebnisse operativer Eingriffe werden im Rahmen der Dysplasiesprechstunde von dem Team, das die Operationen durchführt, mit Ihnen besprochen.

Die Urogynäkologie – zu Unrecht ein tabuisiertes Thema

Die Urogynäkologie der Frauenklinik hat sich in den letzten Jahren als weitere Säule neben der gynäkologischen Onkologie und Perinatalmedizin etabliert und gewinnt auf Grund der demografischen Entwicklung zunehmend an Bedeutung. Mit der Gründung des Beckenboden- und Kontinenzentrums Heidelberg hat die Frauenklinik als koordinierende Einheit dieser Entwicklung Rechnung getragen. Denn gerade in der interdisziplinären Zusammenarbeit verschiedener Kompetenzen auf dem Gebiet der Beckenbodenfunktionsstörungen liegen die Chancen bestehende Diagnostik- und Behandlungsmöglichkeiten optimal auszuschöpfen und neue innovative Versorgungskonzepte zu realisieren. Seit vielen Jahren hat die Frauenklinik ihre Kompetenz in der Diagnostik und Therapie von Beckenbodenfunktionsstörungen, insbesondere der Harninkontinenz und der Lageveränderungen der Organe des kleinen Beckens durch viele zufriedene Patientinnen unter Beweis gestellt und dabei ihr Behandlungskonzept ausgebaut und neue Entwicklungen aufgegriffen, um der Patientin ein möglichst breites Spektrum anbieten zu können. Mit der Kooperation verschiedener Fachdisziplinen innerhalb des Beckenbodenzentrums können nun auch sehr komplexe Fälle der Harn- und Stuhlinkontinenz kompetent beraten und behandelt werden. So kann beispielsweise eine gynäkologische Beckenbodenrekonstruktion bei der gleichzeitig eine Darmkorrektur vorgenommen werden muss mit dem kooperierenden Enddarmspezialisten auf kurzem Wege besprochen und in einem Eingriff operiert werden. Wo früher noch häufig Mehrfachuntersuchungen durchgeführt wurden und Unkenntnis über die einzelnen Spezialisierungen herrschte, können nun durch den engen Austausch konservativer und operativer Abteilungen vorhandene Ressourcen und Kompetenzen genutzt werden, was für den Patienten ein breiteres Angebot und eine höhere Qualität in Diagnostik und Therapie zur Folge hat. Die Universitätsfrauenklinik bietet in der Behandlung der weiblichen Harninkontinenz und Beckenbodenschwäche neben der konservativen Therapie das gesamte Spektrum der operativen Therapie, insbesondere minimal-

invasive Eingriffe und Operationen mit Gewebeersatz an. Zuvor wird für jede einzelne Patientin ein individueller Untersuchungs- und Behandlungsplan und auf Wunsch eine zweite Meinung bezüglich der erforderlichen Therapie erstellt. In unserer urogynäkologischen Sprechstunde erhält die Patientin eine kompetente ausführliche Beratung in freundlicher Atmosphäre ohne Tabu.

Spezielle weitergehende Untersuchungen, wie beispielsweise eine Blasendruckmessung werden dabei von eigens dafür geschultem Pflegepersonal durchgeführt und anschließend mit dem Arzt besprochen.

Als universitäre Einrichtung fühlen wir uns über die urogynäkologische Patientenversorgung hinaus auch der Aus- und Weiterbildung fachärztlicher Kolleginnen und Kollegen verpflichtet. Seit 2005 führen wir daher in regelmäßigen Anständen operative Workshops auf dem Gebiet der Urogynäkologie durch. Schwerpunkte liegen dabei im Erlernen von neuen Operationstechniken in der Behandlung der Belastungsinkontinenz und der Beckenbodensenkung. In Deutschland bisher einzigartig, bieten wir in Zusammenarbeit mit dem anatomischen Institut der Universität Heidelberg die Möglichkeit innovative operative Therapieverfahren bei Senkungszuständen des weiblichen Genitale am Leichenpräparat zu trainieren. Die Übungen am anatomischen Präparat sind Bestandteil eines dreistufigen Ausbildungskonzeptes zur Anwendung alloplastischer Implantate im Beckenboden, an dessen Ende die Teilnehmer in der Lage sind Netzeinlagen selbstständig in ihrer Klinik durchzuführen. Regelmäßige Abendveranstaltungen zum Thema Inkontinenz und Beckenbodensenkung für niedergelassene Kolleginnen und Kollegen ergänzen das Fortbildungsprogramm der Frauenklinik.

Zentrum für ambulantes Operieren – morgens hin, abends heim

Eine Vielzahl von kleineren operativen Eingriffen in der Gynäkologie lässt sich heutzutage als tagesstationäre oder ambulante Operationen durchführen. Daher haben wir im Frühjahr 2006 unser ambulantes

Operationszentrum „Station Kubli“ ins Leben gerufen. In den Räumlichkeiten dieses ambulanten Operationszentrums können kleine ambulante Eingriffe kurzfristig durchgeführt werden, wobei wir Ihnen gleichzeitig die Sicherheit eines Zentrums der Maximalversorgung bieten können.

Um den Aufenthalt so reibungslos wie möglich zu gestalten, verläuft die Vorbereitung ambulanter operativer Eingriffe weitestgehend im Rahmen der Räumlichkeiten des ambulanten Operationszentrums. Hier werden die vorbereitenden Gespräche mit den zuständigen Ärzten, mit der Anästhesie und dem Pflegepersonal geführt, hier findet auch Ihre Aufnahme am Operationstag statt. Dieses Vorgehen garantiert optimale Sicherheit im Rahmen operativer Eingriffe.

Welche Eingriffe werden hier durchgeführt?

Ein Schwerpunkt der Eingriffe unseres ambulanten Operationszentrums besteht in laserchirurgischen Eingriffen, Konisationen, kleinen Gewebe-Probeentnahmen, sowie Behandlungen im Rahmen der Sterilitätstherapie, wie Follikelpunktionen und diagnostische Laparoskopien.

Hysteroskopie und minimal-invasive Eingriffe – so viel wie nötig, so wenig als möglich

Im Rahmen der Hysteroskopiesprechstunde werden ambulante Mikro-Hysteroskopien durchgeführt. Dies ist eine spezielle endoskopische Untersuchung, bei der das Innere der Gebärmutterhöhle mittels einer Kamera auf einem Monitor dargestellt wird. Die Universitäts-Frauenklinik ist eine der wenigen Zentren Deutschlands, an der diese effiziente Untersuchungsmöglichkeit angeboten wird. Geeignet ist diese Methode zur Untersuchung der Gebärmutterhöhle und damit zur Diagnostik von Polypen, Myomen und Uterusfehlbildungen. Sie hilft bei der Abklärung von Blutungsstörungen oder bei Patientinnen mit Kinderwunsch sowie zur Vorbereitung bei einer organerhaltenden (gebärmuttererhaltenden) Operation.

Für die Untersuchung ist keinerlei Narkose oder eine spezielle Medikation notwendig.

Operationen, die früher große Schnitte erforderten können heute immer häufiger endoskopisch vorgenommen werden. Seit Anfang der 90er Jahre schafft die Endoskopie die Möglichkeit, Operationen mit besonders kleinen Zugängen, speziellen Instrumenten und Videotechnik durchzuführen, man spricht daher auch von der „Schlüsselloch-Chirurgie“. Dadurch wird der eigentliche Operationsort erreicht, ohne viel Gewebe zu zerstören. Durch die deutlich geringere Belastung verkürzt sich die Liegezeit der Patienten im Krankenhaus und die Narben sind erheblich kleiner.

An der Universitäts-Frauenklinik Heidelberg liegt die Kernexpertise eines Teams an Endoskopikern, Tumorchirurgen und Urogynäkologen im Rahmen folgender Operationen:

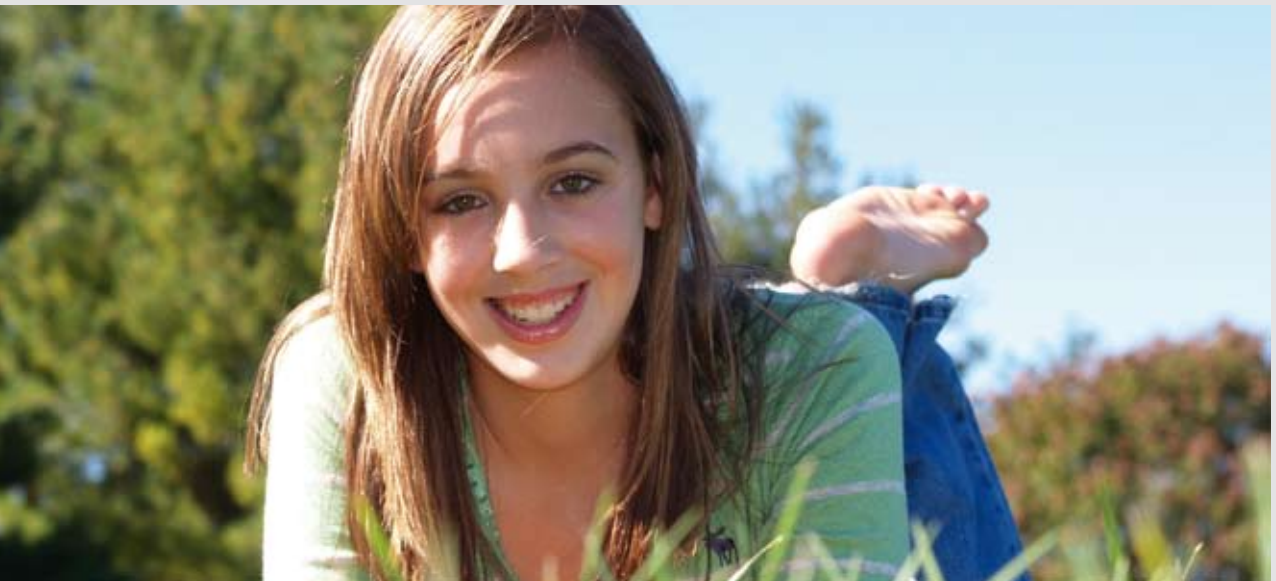
- › Myomenukleation (Organerhaltendes Entfernen von Myomen)
- › Hysterektomien: LAVH, LASH (Entfernung der Gebärmutter)
- › Benigne und maligne Tumorerkrankungen
- › Entfernung von Lymphknoten
- › Entfernung von Eierstockszysten
- › Eileiterschwangerschaften
- › Verwachsungen
- › Behandlung der Endometriose
- › Sterilisationen
- › diagnostische und operative Gebärmutter Spiegelung

Die kollegiale Zusammenarbeit in Diagnostik und operativer Therapie im Team garantiert hierbei eine kontinuierliche Betreuung von Patientinnen auf einem hohen Niveau. Durch die leistungsorientierte Arbeit soll die Wartezeit der Patientin minimiert und die direkte Kommunikation mit Patientin und betreuendem Arzt optimiert werden. Unser Ziel ist hierbei nicht nur, die Endoskopie in der Patientinnenversorgung fachlich kompetent zu vertreten, sondern auch die gynäkologische Endoskopie durch klinische Forschung fortzuentwickeln. Als Gesamtkonzept wird das Aufgabengebiet unserer Arbeitsgruppe durch ein Angebot an regelmäßigen Fortbildungen und praktischen Kursen abgerundet.

Kinder- und Jugendgynäkologie – hier ist besonderes Einfühlungsvermögen gefragt

In der Kinder- und Jugendgynäkologischen Sprechstunde werden junge Patientinnen vom Neugeborenen- bis zum Jugendlichenalter mit gynäkologischen Problemen und Fragestellungen beraten und behandelt. Hier kann auf die jungen Patientinnen und ihre Bezugspersonen in geeigneter Umgebung mit der erforderlichen Ruhe und Zeit eingegangen werden. 2005 wurde die Sprechstunde eingerichtet, um den besonderen Fragestellungen und Aufgaben der Kinder- und Jugendgynäkologie mit entsprechender Gesprächsführung und angepassten Spezialinstrumenten begegnen zu können.

Aufgabe der Sprechstunde ist das Erkennen charakteristischer gynäkologischer Krankheitsbilder, wobei die überwiegende Zahl der jungen Patientinnen mit Erkrankungen und Besonderheiten des äußeren Genitale, Infektionen und genitalen Fehlbildungen vorgestellt werden. Ein weiterer Schwerpunkt sind Probleme der hormonellen Entwicklung von der Pubertas praecox bis zur Entwicklungsverzögerung, sowie Probleme um die Menarche und Menstruation, Zystenbildung und Unterbauchschmerzen. Bei Fragestellungen den Hormonhaushalt und Zyklus betreffend kann in der Abteilung für gynäkologische Endokrinologie eine entsprechende Abklärung und Behandlung, bei Bedarf auch in Kooperation mit der Endokrinologie der Kinderklinik, erfolgen.



Besondere Einrichtungen

Psychoonkologie, Naturheilverfahren, Breast Care Nurse, klinischer Sozialdienst, Krankengymnastik, Brückenpflege und „Lila Damen“ – unsere Patientinnenversorgung verfolgt ein ganzheitliches Konzept

Psychoonkologie

Alle Symptome, Beschwerden, alle Krankheiten werden auch „erlebt“. Sie haben immer einen direkten und/oder indirekten Bezug zum psychischen Erleben der Patientin, zu Beziehungen mit dem Partner und den Kindern. Dies alles mit in den Blick zu nehmen, entspricht einer psychosomatisch orientierten Behandlung von Patientinnen, um die sich in der Universitäts-Frauenklinik alle Ärzte/-tinnen, Schwestern, Pfleger, Physiotherapeutinnen und Hebammen bemühen.

Traditionell stellt die Gynäkologie eine Fachrichtung dar, die psychische und psychosomatische Aspekte von Erkrankungen in der Behandlung berücksichtigt und zwar sowohl als mögliche Ursache körperlicher Beschwerden als auch in der Folge von Erkrankungen. Spezielle Angebote gibt es aber bisher nur an sehr wenigen Universitäten. In Kooperation mit der Klinik für Psychosomatische und Allgemeine Klinische Medizin besteht an der Universitäts-Frauenklinik die Möglichkeit, sich im Bereich gynäkologische Psychosomatik und Psychoonkologie durch hierfür speziell ausgebildete Ärztinnen umfassend beraten und begleiten zu lassen. Psychosomatische Gesprächsangebote können helfen, wenn psychische Belastungen oder Beschwerden vorliegen, insbesondere bei psychischen Beschwerden, die im Rahmen der Behandlung von Tumorerkrankungen, Operationen oder Schwangerschaft auftreten (z. B. Angst und Depressivität, Schlafstörungen, Unruhezustände), bei Partnerschafts- und Familienproblemen, sexuellen Problemen und körperlichen Beschwerden ohne erklärenden organischen Befund.

Zum Spektrum der Psychoonkologie und Psychosomatik an der Universitäts-Frauenklinik gehört neben der psychosomatischen Diagnostik und Beratung im

ambulanten und stationären Bereich die wissenschaftliche Untersuchung von psychosomatischen Krankheitsbildern in der Frauenheilkunde, sowie die Durchführung von Kommunikations- und Interaktionstrainings für die gynäkologischen Assistenzärzte im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung. Ambulanz für Naturheilkunde und Integrative Medizin (zugehörig zur Abteilung für Gynäkologische Endokrinologie und Fertilitätsstörungen)

Seit der Gründung als bisher einzige Ambulanz für Naturheilkunde und Integrative Medizin an einer deutschen Universitätsfrauenklinik 1993 bieten wir Frauen mit gynäkologischen Erkrankungen Beratungen und Behandlungen durch klassische Naturheilverfahren (Ernährungsberatung, Behandlung mit natürlichen Mitteln, z. B. „Kneippische Anwendungen“ und mit pflanzlichen Mitteln, „Lifestyleberatung“), Homöopathie und traditionelle chinesische Medizin einschließlich Akupunktur (TCM) an. In den Beratungsgesprächen besprechen wir auch, ob und welche der von Ihnen gewünschten oder bereits selbst begonnenen Behandlungen mit Naturheilverfahren, besonderen Therapierichtungen sowie anderen unkonventionellen Verfahren während oder nach der empfohlenen Standardtherapie empfehlenswert und sicher unschädlich sind. Dies ist besonders bei Patientinnen mit Krebserkrankungen von großer Bedeutung, da nicht alles, was zusätzlich eingesetzt und Patientinnen angeboten wird, ausreichend auf Wechselwirkungen mit Standardbehandlungen untersucht wurde. In unserer Klinik werden alle Behandlungen immer gut aufeinander abgestimmt und wir nehmen auch regelmäßig an den Tumorkonferenzen teil, damit dort auch über die gewünschten naturheilkundlichen Behandlungen miteinander gesprochen werden kann.

Da alle diese Verfahren bisher nur ungenügend in klinischen Studien untersucht wurden, führen wir neben unseren Sprechstunden auch klinische Studien durch, um dabei mit Hilfe von Patientinnen z. B. die Misteltherapie und andere pflanzliche Arzneimittel, Spurenelemente, homöopathische Mittel, Shiatsu oder Kneippsche Anwendungen besser zu untersuchen. Während die Krankenkassen pflanzliche Mittel, Akupunktur oder eine homöopathische Behandlung bei Frauen heute nur noch in Ausnahmefällen bezahlen, ist die Behandlung im Rahmen einer Studie für Patientinnen selbstverständlich kostenlos und wird besonders gut überwacht.

Klinischer Sozialdienst

Neben dem medizinischen Angebot bietet die Universitätsfrauenklinik eine sozialrechtliche und psychosoziale Beratung durch die klinische Sozialarbeit an. Diese Beratung gilt sowohl für stationäre als auch ambulante Patienten und deren Angehörige. Beratungsthemen sind z. B. Fragen zum Zurechtfinden im sozialen Netz bzw. zu Möglichkeiten der Reintegration. Hierbei werden umfassende Informationen u. a. zum Sozialrecht (Schwerbehinderung, Krankengeld, Pflegegeld, Rente) gegeben. Zudem erfolgt die Beratung und Einleitung von medizinischer Rehabilitation sowie ambulanter Versorgung und häuslicher Krankenpflege. Versicherungsfragen sowie Themen rund um die Rückkehr in das Erwerbsleben spielen eine immer wichtigere Rolle. Je nach Beratungsschwerpunkt finden vertrauliche Gespräche im Krankenzimmer oder im Büro des Sozialdienstes statt, einzeln oder nach Wunsch mit Partner oder Familie. Neben einer umfassenden Information erhalten Patienten auch Unterstützung bei der Beantragung bzw. Durchführung von konkreten Maßnahmen oder bei Verhandlungen z. B. mit Kostenträgern.

Physiotherapie

Auch die Physiotherapie nimmt in unserer Klinik einen zentralen Stellenwert ein. Bei der physiotherapeutischen Mitbetreuung der Patientinnen mit Brustkrebs stellt die frühe Mobilisation des Armes der betroffenen Seite im Sinne einer Vermeidung von Schonhaltungen und asymmetrischen Bewegungs-

abläufen eine zentrale Aufgabe dar. Zudem wenden wir verschiedene Maßnahmen zur prophylaktischen bzw. gezielten Förderung des venösen und lymphatischen Rückflusses an. Weitere Angebote sind Thrombose- und Pneumonieprophylaxe, Atemtherapie, Inhalation, Heiße Rolle, Massage, Dehnlagerungen nach Schaarschuch-Haase sowie verschiedene Entspannungsverfahren. Die Physiotherapieabteilung bietet seit längerer Zeit auch auf der Schwangerenstation eine Betreuung der dort häufig lange liegenden Patientinnen an. Durch diese Maßnahmen kann man der Patientin die Liegezeit erleichtern und Komplikationen vorbeugen.

Auf der Wöchnerinnenstation wird die Frühwochenbettgymnastik werktäglich um ihnen die ersten Übungen für die Bauch- und Beckenbodenmuskulatur zu zeigen. Zudem bekommen sie ein Infoblatt um selbständig Übungen zu Hause für die nächsten 4-6 Wochen nach der Geburt durchführen zu können. Im Anschluß an diese Zeit bieten wir ambulante Rückbildungskurse an.

Brückenpflege

Das beste Krankenhaus kann ein Zuhause nicht ersetzen. Deshalb möchten die meisten Menschen einen Klinikaufenthalt so kurz wie möglich halten. Das Brückenpflegeteam des Universitätsklinikums Heidelberg hilft Tumorpatienten beim Übergang vom Krankenhaus in die eigenen vier Wände. Es sorgt dafür, dass Sie auch nach dem Klinikaufenthalt optimal versorgt sind. Die Mitarbeiterinnen des Brückenpflegeteams sind examinierte Krankenschwestern mit Fachweiterbildungen und verfügen über ein fundiertes medizinisches Wissen. Ihre Dienstleistungen sind ein kostenloser Service des Klinikums Heidelberg. Mit unserer Arbeit möchten wir Brücken schlagen vom Krankenhausaufenthalt zur häuslichen Umgebung, aber auch von der Krankheit zum Erhalt der Lebensqualität.

Schon während des Klinikaufenthalts nimmt das Brückenpflegeteam Kontakt zum Patienten. Für jeden Patienten wird nach individuellen Lösungsmöglichkeiten des Betreuungsbedarfes gesucht.

Auch Familienangehörige werden im Bedarfsfall in die Beratung mit einbezogen. In Absprache mit dem Stationsteam wird die Entlassung geplant. Das Team kontaktiert Hausärzte und Pflegedienste, klärt Finanzierungsmöglichkeiten mit den Krankenkassen und beschafft Hilfsmittel, die der Patient benötigt. Das Brückenpflegeteam besucht den Patienten auch zuhause und ist rund um die Uhr telefonisch erreichbar. Es klärt drängende Fragen und nimmt damit sowohl den Patienten als auch Angehörigen viele Ängste. Das Team organisiert Einweisungen in spezielle Pflegesituationen, wie zum Beispiel die Ernährungsbetreuung für Patienten, die über Infusionen oder Sonden ernährt werden müssen. Darüber hinaus wird auch die Wund – und Stomaversorgung organisiert. Außerdem koordinieren sie die gesamte Betreuung des Patienten. Die Mitarbeiterinnen stehen sowohl den Familienangehörigen als auch den Pflegediensten beratend und unterstützend zur Seite.

Die „Lila Damen“

Der ehrenamtliche Dienst in der Frauenklinik wird zur Zeit von 12 „Lila Damen“ übernommen. Zum einen betreuen wir die Tagespatientinnen, die die Brustsprechstunde aufsuchen oder in der Onkologischen

Ambulanz oder der Chemotherapie-Tagesklinik behandelt werden. Unsere Hilfestellung reicht vom Anbieten von Getränken und der Suppe, sich ergebenden kurzen oder längeren Gesprächen bis hin zu freundlicher, unaufdringlicher Unterstützung, wann immer nötig und gewünscht. Manche Anspannung können wir mildern und die Angst vor unbekanntem Umfeld verringern. Die Patientinnen nehmen unseren Dienst dankbar an und lassen uns das oft spüren – mit einem Lächeln, in Gesten, in Worten. Insbesondere bei langjährigen Patientinnen wächst häufig ein vertrauensvolles Verhältnis. Auf den Stationen besuchen und betreuen wir Patientinnen in Absprache mit dem Pflegepersonal, bieten ihnen an, z. B. Einkäufe zu tätigen, Telefonkarten zu besorgen, wöchentlich Bücher zu beschaffen, sie bei kleinen Spaziergängen zu stützen, beim Haare waschen zu helfen oder sie zu einer Behandlung zu begleiten. Manchmal können wir auch eine Pause von der Krankheit geben, indem wir über alles Mögliche sprechen oder auch zusammen lachen. Auf der Problem-Schwangeren-Station werden wir insbesondere von den Langzeitpatientinnen schon erwartet und fröhlich empfangen. Wir sind nämlich ein „fixer Punkt“ in ihrem Wochenablauf.



Zentrales Patientenmanagement und zentrale DRG Dokumentation – Professionalisierung im Management einer modernen und innovativen Universitätsklinik

Im Oktober 2003 wurde das zentrale Patientenmanagement an der Universitäts-Frauenklinik eingeführt. Die Mitarbeiter dieses Bereiches koordinieren stationäre Aufnahme und Entlassung von Patientinnen sowie Operationstermine. Hierzu ist die enge Zusammenarbeit zwischen Pflege und ärztlichem Personal notwendig.

Stationär aufzunehmende Patienten werden dem ZPM von Seiten der zuweisenden Haus- und Fachärzten, Ambulanzen und umliegenden Krankenhäusern gemeldet. Für die vorhandenen stationären Betten erstellt das ZPM eine aktuelle Belegungsliste. Die geplanten Entlassungen werden von Seiten der Stationsärzte dem ZPM-Team auf der täglich stattfindenden Visite mitgeteilt. Die Terminierung der Patienten erfolgt zentral unter Berücksichtigung von verfügbarer OP-Kapazität, der Kapazität der Intermediate-Care-Station, der Pflegeintensität der Patienten, die für Normalstationen geplant sind. Durch die Zentralisierung der Einbestellung laufen alle verfügbaren Informationen, die für den stationären Aufenthalt wichtig sind, an einer Stelle zusammen. Damit gibt es eine zentrale Anlaufstelle für einweisende Ärzte, die kompetente Auskunft bei Rückfragen geben kann und eine Sichtung und Bestandsaufnahme von Voruntersuchungen durchführt, sofern diese noch nicht in den diversen Sprechstunden der Chirurgischen Poliklinik erfolgt ist. Dies ermöglicht eine effektive Gestaltung des notwendigen präoperativen Procederes. Dadurch werden Doppeluntersuchungen vermieden und diagnostische Lücken ergänzt.

Die DRG-Abteilung unserer Klinik bearbeitet bzw. übernimmt die korrekte Kodierung und Eingruppierung sämtlicher stationärer Fälle der Frauenklinik nach dem DRG-System, d.h. nach „Diagnosen bezogene Fallpauschalen“ um somit die Arbeit der ärztlichen Mitarbeiter im administrativen Bereich zu minimieren. Grundlage einer korrekten Kodierung ist letztendlich

die vollständige Dokumentation der behandlungsrelevanten Diagnosen und Prozeduren.

Um dies zu vermeiden wird jeder stationäre Fall einer genauen Prüfung unterzogen – hinterfragt werden z. B. die korrekte Hauptdiagnose, relevante Nebendiagnosen sowie durchgeführte Prozeduren/Operationen. Erst dann kann der einzelnen Diagnose oder Prozedur ein Kode zugeordnet werden, der die Voraussetzung für die Eingruppierung einer Patientin in eine DRG ist.

Zusätzlich laufen Koordination und Erfassung der externen Qualitätssicherung wie auch der Anfragen des medizinischen Dienstes der Krankenkassen über die DRG-Abteilung um eine weitere Optimierung dieser Bereiche und somit eine weitere Arbeitsentlastung für die bislang mit den Aufgaben betrauten ärztlichen Mitarbeiter zu erreichen.

Kooperation mit dem Krankenhaus Salem

Das Krankenhaus Salem ist ein seit vielen Jahrzehnten bestehendes Lehrkrankenhaus der Universität Heidelberg mit konfessioneller Prägung durch die Stadtmission Heidelberg. Hier werden Patienten auf den Gebieten der Inneren Medizin, der Chirurgie, der Urologie und der Frauenheilkunde liebevoll betreut. Eine Kooperation des Krankenhauses Salem mit der Chirurgischen Universitätsklinik ist seit einigen Jahren ein voller Erfolg.

Durch die Kooperation auf dem Gebiet der Chirurgie beflügelt wurde durch das Krankenhaus Salem eine weitere Kooperation auf dem Gebiet der Frauenheilkunde und Geburtshilfe vorgeschlagen. Nach reiflicher Überlegung und einem gewissenhaften Abwägen der Für und Wider stimmten die Leitungen der beiden Institutionen dem Vorschlag der Kooperation zu, um die Existenz beider Abteilungen zu sichern. Bei der fachlichen Zusammenarbeit wird die ärztliche Leitung in die Hand von Professor Sohn gegeben, welcher ab dem 1. Mai 2008 beide Häuser führt. Die Trägerschaft beider Häuser bleibt verschieden, was einerseits natürlich eine Herausforderung, andererseits aber auch die große Chance darstellt.



Der Wissenschaft verpflichtet – die Arbeitsgruppen stellen sich vor



Der Wissenschaft verpflichtet – die Arbeitsgruppen stellen sich vor

Die Krebsforschung in Heidelberg – auf einer Spitzenposition weltweit

Bei der Behandlung von gynäkologischen Krebserkrankungen gibt es viele verschiedene Ansatzpunkte. Die Arbeitsgruppen an der Universitäts-Frauenklinik haben sich auf die nachfolgend erläuterten Gebiete konzentriert, da hier einerseits eine besondere Expertise in Heidelberg besteht, andererseits jeder auch noch so kleine Fortschritt sehr positive Auswirkungen auf die Versorgung von Patientinnen im Alltag hat. Es wird also grosser Wert darauf gelegt, dass keine Wissenschaft zum Selbstzweck, sondern immer mit dem Ziel, durch unsere Forschungsarbeit kurzfristig die Heilungs- und Überlebenschancen unserer Patientinnen zu verbessern.

In klinischen Studien der Phase I bis IV werden neue Therapiestrategien und neue Medikamente erprobt. In Phase I-Studien werden nach langwieriger Testung an Tumor-Zelllinien und im Tierversuch neue Medikamente unter sehr strengen Sicherheitsauflagen erstmalig in langsam ansteigender Dosierung bei Patienten angewandt, für die wirksamen Therapien fehlen. Nachdem die richtige Dosis ermittelt wurde, wird in einer Phase II-Studie die Wirksamkeit des neuen Medikaments an einer kleinen Gruppe von Patientinnen überprüft. Bestätigt sich die gute Wirksamkeit, erfolgt ein abschließender Vergleich mit der derzeit besten verfügbaren Standardtherapie in einer Phase III-Studie. Ist das neue Medikament überlegen, erfolgt die Zulassung. In der Phase IV-Studie werden nach der Zulassung weitere Daten zu Langzeitnebenwirkungen gesammelt. In dem Studienzentrum der Universitäts-Frauenklinik sind ca. 15 Studien der Phasen I-IV aktiv und 15 weitere in Planung. Viele dieser Studien sind internationale Kooperationen mit anderen europäischen oder amerikanischen Zentren. Es werden beispielsweise neue spezifische (zielgerichtet) auf bestimmte Strukturen der Krebszelle wirkende Therapien (Antikörper, sogenannte kleine Moleküle, Antisense-Oligonukleotide, Immu-

notoxine) für die Behandlung von Brustkrebs und Unterleibskrebserkrankungen im frühen oder fortgeschrittenen Stadium getestet. Daneben werden neue Immuntherapien z. B. mit tumor-spezifischen Killerzellen, die auf Ergebnissen aus der Grundlagenforschung des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ) in Heidelberg basieren, erprobt. Alle diese Studien zur weiteren Erprobung neuer Therapien werden begleitet von Forschungsprogrammen im DKFZ. Diese Verzahnung mit einem der weltweit führenden Institute für die Erforschung von Tumorerkrankungen (sog. Translational Onkologie) erlaubt ein rasches Umsetzen neuer Erkenntnisse in verbesserte Diagnose- und Behandlungsstrategien. (Arbeitsgruppe Schneeweiss)

Detektion und Evaluation molekularer, prädiktiver und prognostischer Marker beim Mammakarzinom

Viele Patientinnen mit einer bösartigen Erkrankung werden heute noch zu viel, zu wenig oder mit nicht wirksamen, aber Nebenwirkungsreichen Therapien behandelt. Warum? Weil jede Patientin ihre eigene, individuell sehr unterschiedlich verlaufende Krebserkrankung hat, die auch individuell behandelt werden sollte. Es fehlen bisher aber genauere Methoden, um den individuellen Krankheitsverlauf (die Prognose) und die Wirksamkeit einer bestimmten Therapie bei der einzelnen Patientin besser abschätzen zu können. Moderne Methoden der Molekularbiologie eröffnen hier ganz neue, enorme Möglichkeiten. In einer grossen, internationalen, multi-zentrischen von Prof. Schneeweiss geleiteten Studie lernen Wissenschaftler der ganzen Welt die Krebserkrankungen anhand ihrer genetischen Merkmale (Gen-Mutationen, Genom), ihrer unterschiedlichen Zellaktivität (Gen-Expressionen, Transkriptom), ihrer Proteinausstattung (Protein-Expressionen, Proteom) und ihrer Stoffwechselfvorgänge (Metabolom) viel genauer zu charakterisieren. Diese wesentlich feinere Unterteilung wird in Zukunft ein viel genaueres Zuschneiden („Feintuning“) der medikamentösen Therapien ermöglichen. Hierdurch wird der Anteil von Untertherapien, Übertherapien und falschen, weil nicht wirksamen Therapie stark gesenkt werden können. Gerade die präoperative Therapie beim



Brustkrebs z. B. bildet die ideale Basis für diese Untersuchungen, da direkt am Verhalten des Tumors in der Brust abgelesen werden kann, wie neue Therapien auf die Krebserkrankung wirken. (Arbeitsgruppe Schneeweiss)

Bedeutung des Nachweises disseminierter Tumorzellen im Knochenmark

Schon vor Jahren konnten gezeigt werden, dass der Nachweis disseminierter Tumorzellen im Knochenmark mit der Prognose von Mammakarzinompatientinnen eng korreliert ist. Dies gilt insbesondere für Patientinnen ohne klinisch fassbare makroskopische Metastasierung, die sich in einem frühen Tumorstadium befinden. Inzwischen wurden diese Daten von einer Vielzahl weiterer Arbeitsgruppen eindrucksvoll bestätigt und zuletzt in einer umfangreichen Metaanalyse aller großen publizierten Arbeiten zusammengefasst. Der Nachweis disseminierter Tumorzellen wurde methodisch in Zusammenarbeit mit der Abteilung für Pathologie neu etabliert.

Die Untersuchungen können als Routineuntersuchung allen Patientinnen in Zukunft angeboten werden. In Zukunft ist geplant, die Technik weiter

zu standardisieren (u.a. Sensitivitätskontrollen, Ringversuche mit anderen Laboren), um eine valide Diagnostik zu ermöglichen. (Arbeitsgruppe Gebauer)

Detektion von Stammzellen im Gewebe von Mammakarzinomen

Das Vorhandensein von Stammzellen in soliden Tumoren, so auch dem Mammakarzinom, ist in den vergangenen Jahren vielfach postuliert worden. Tatsächlich deuten erste Untersuchungen darauf hin, dass stammzellmarker exprimierende Zellen in Mammakarzinomen vorkommen können. Unklar ist allerdings deren biologische Relevanz. Im Rahmen eines kürzlich in Zusammenarbeit mit der Abteilung für Pathologie (Prof. Schirmacher, Prof. Sinn, Dr. Aulmann) begonnenen Projektes soll zunächst mit Hilfe eines Tissuemicroarrays das Vorhandensein derartiger Stammzellen bei Mammakarzinomen quantifiziert werden.

Das hierfür verwendete Material kann darüber hinaus anschließend eine Aussage über die prognostische Relevanz derartiger Zellen Aufschluss geben und helfen, deren tumorbiologische Rolle weiter zu untersuchen. (Arbeitsgruppe Gebauer)

Eine weitere Arbeitsgruppe beschäftigt sich – ebenfalls in Kooperation mit dem Deutschen Krebsforschungszentrum – seit vielen Jahren mit den immunologischen Interaktionen von Mammakarzinomen und den Zellen des menschlichen Immunsystems. Es konnte erstmals nachgewiesen werden, dass bei den meisten Patientinnen mit Brustkrebs Immunzellen im Knochenmark existieren, die direkt gegen Brustkrebszellen gerichtet sind. Diese Zellen liegen als sogenannte T-Gedächtniszellen vor, welche immer dann gebildet werden, wenn sie mit einem fremden Antigen (z. B. Krebsantigene) in Berührung kommen. Jedoch scheinen diese Zellen inaktiv zu sein.

Einmalig in Deutschland konnte dabei eine Phase-2 Studie starten, bei der die T-Gedächtniszellen bei Patientinnen mit metastasierendem Brustkrebs reaktiviert werden und dann als sogenannte tumorantigen-spezifische T-Killerzellen dem Körper der Patientin wieder zugeführt werden.

(Arbeitsgruppe Schütz)

Untersuchungen zur Metastasierung des Mammakarzinoms

- › Untersuchungen zur Hemmung der Tumorzell-adhaesion mittels monoklonaler Antikörper gegen E-Selectin sowie Cimetidin am HUVEC-Monolayermodell
- › Charakterisierung des Zytokinsekretionsprofils humaner Mammakarzinomzellen im Hinblick auf die Begünstigung eines proinflammatorischen Mikromilieus
- › Untersuchungen zur Hemmung der Tumorzell-adhaesion am Endothel mittels antiinflammatorischer Medikamente
- › Untersuchungen zur Inhibierung der hepatischen Metastasierung des Mammakarzinoms mittels des kompetitiven HGF/SF-Antagonisten NK4
(Arbeitsgruppe Eichbaum)

kosmetisches und funktionelles Ergebnis nach brusterhaltender Therapie bei Mammakarzinom – die CONTOUR-Studie

Als Beurteilungskriterium therapeutischer Konzepte des Mammakarzinoms steht neben den originär

onkologischen Endpunkten im Sinne von Gesamtüberleben, krankheitsfreiem und lokalrezidivfreiem Überleben die Bedeutung der Lebensqualität ausser Frage. Merkmale, die in Bezug auf die operative Therapie des Mammakarzinoms zweifelsohne in das Lebensqualitätskonzept Eingang finden, sind die Operationsfolgen, die unter anderem mit Hilfe des kosmetischen und funktionellen Ergebnisses evaluiert werden können.

Die Messbarkeit des kosmetischen wie funktionellen Ergebnisses, sowie deren Einfluss auf das übergeordnete Konzept der Lebensqualität sind Gegenstand einer Vielzahl an Forschungsarbeiten, wobei einheitliche und standardisierte Messinstrumente weitgehend fehlen. Bezüglich der Beurteilung des kosmetischen und funktionellen Ergebnisses im Hinblick auf verschiedene Schnittführungen sowie innovative onkoplastischen Operationsansätze stehen systematische Untersuchungen aus.

(Arbeitsgruppe Heil, Gebauer, Sohn, Blumenstein)

Molekulare Diagnostik zervikaler, vulvärer, vaginaler Dysplasien

Mit dem Ausbau der Dysplasiesprechsunde konnten zahlreiche wissenschaftliche Kooperationen in Leben gerufen werden. Mit der Abteilung für angewandte Tumorbioogie wurde ein Projekt zur Optimierung der Diagnostik zervikaler Dysplasien mit Hilfe eines p16-ELISA begonnen. Ein weiteres Projekt betrifft Untersuchungen zum Stellenwert der HPV-Diagnostik und HPV-Subtypisierung im Rahmen der Nachuntersuchungen von Patientinnen mit dysplastischen Läsionen der Zervix uteri.

(Arbeitsgruppe Gebauer)

Grundlagenforschung zur Metastasierung genitaler Karzinome

- › Charakterisierung eines proinflammatorischen Mikromilieus im Aszites von Patientinnen mit fortgeschrittenem Ovarialkarzinoms anhand eines Multi-ELISA-Arrays
- › Untersuchungen zur Bedeutung des Mechanismus HGF/SF – c-Met im Rahmen der peritonealen Metastasierung genitaler Malignome.
(Arbeitsgruppe Eichbaum)

Klinische Studien zu innovativen Therapieansätzen in der Behandlung genitaler Malignome

- › Retrospektive Analyse zur prognostischen Relevanz der Lymphonodektomie in der primären operativen Therapie des Ovarialkarzinoms
- › Retrospektive Analyse zum Stellenwert der Intervalloperation nach primärer Chemotherapie bei initial inoperablen Ovarialkarzinomen (Arbeitsgruppe Eichbaum)

Geburtshilfe, Schwangerschafts- und Pränatalmedizin – Verbesserungen auf höchstem Niveau erzielen

Innovationskonzept ‚Der Elektronischer Mutterpass‘

An der Universitätsfrauenklinik Heidelberg wird seit Dezember 2007 erstmals ein elektronischer Mutterpass getestet, welcher in Zusammenarbeit mit der InterComponentWare AG in Walldorf/Baden entwickelt wurde. Teilnehmer an dem Pilotprojekt sind etwa 15 Frauenarztpraxen in der Region Heidelberg sowie die Frauenkliniken in Sinsheim und in Schwetzingen. Ziel ist es zu zeigen, dass durch einen elektronischen Mutterpass die engere Zusammenarbeit zwischen den niedergelassenen Frauenärzten, Kliniken mittlerer Größe und die eines Zentrums wie der Universitätsfrauenklinik verbessert werden kann. Die Patientinnen sind dabei unabhängig von dem Ort, an welchem sie sich aufhalten in der Lage, alle Befunde ihres elektronischen Mutterpasses einzusehen. Auch Befunde, die erst mehrere Wochen nach dem Besuch beim Arzt eintreffen (z. B. Laborbefunde) sind unmittelbar verfügbar und können – mit entsprechenden Kommentaren und Therapievor schlägen versehen – in der Arztpraxis besprochen werden. Eine Neuvorstellung im Zentrum mit unter Umständen weiten Anfahrtswegen ist dann nicht mehr notwendig. Zahlreiche Serviceangebote lassen sich zukünftig integrieren. So wünschten sich in einer Umfrage an der Universitätsfrauenklinik Heidelberg beispielsweise über 90% der Frauen, dass sie über SMS über anstehende Vorsorgetermine informiert würden. Zudem wollten alle befragten



Frauen gerne detaillierte und verständliche Informationen zu Befunden im Mutterpass erhalten. Das große Problem bestünde derzeit darin, dass z. B. über das Internet ein ungeheures Informationsangebot besteht, dass aber oft nicht klar ist, wie seriös die Informationen tatsächlich sind. Im Sinne der Informationsverbesserung für die Patientinnen wünschen sich auch viele Ärzte, dass der elektronische Mutterpass mit Links zu Behandlungspfaden verknüpft wird. Auf diese Weise wäre es möglich, z. B. auf Überweisungen aus der Praxis in ein Zentrum zu vermeiden. Die Patientinnen sparen sich Zeit und Anfahrtsweg und sind trotzdem gut betreut.

Ein weiteres wichtiges Thema stellt die Betreuung nicht deutschsprachiger Schwangerer dar. Hier böte der elektronische Mutterpass die Möglichkeit über ein Übersetzungstool alle relevanten Befunde und Hintergrundinformationen der Patientin in ihrer Muttersprache zur Verfügung zu stellen. In gleicher Weise ließe sich ein solches Übersetzungsmodul auch bei Auslandsaufenthalten einsetzen, in denen dem dort behandelnden Arzt wesentliche Befunde rasch übermittelt werden sollen. (Arbeitsgruppe Maul)

Psychische Erkrankungen in der Schwangerschaft und im Wochenbett

In der Geburtshilfe der Universitätsfrauenklinik ist im Laufe des Jahres 2006 in Kooperation mit der Klinik für Allgemeine Psychiatrie der Universität Heidelberg ein Forschungsprojekt entstanden, um psychische Erkrankungen in der Schwangerschaft und im Wochenbett zu untersuchen. Die Bedeutung von psychischen Erkrankungen in der Schwangerschaft und im Wochenbett wie Depressionen und Angststörungen wird in Deutschland noch immer unterschätzt. Über den Eintrag „psychische Belastungssituation“ im Mutterpass scheint die Beachtung selten hinauszugehen. Dieser scheinbaren Bedeutungslosigkeit stehen Schätzungen nach 10 bis 15% behandlungsbedürftige Depressionen bei Schwangeren und jungen Müttern im Wochenbett gegenüber. Auch Angststörungen liegen jüngsten Prävalenzstudien zufolge im Bereich von 11%. Zudem zeigen Studien, dass depressive Störungen und Angststörungen peripartal weitreichende, negative Folgen für den Verlauf der Schwangerschaft, das Outcome der Geburt, die fetale Entwicklung, die postpartale Kindsentwicklung und nicht zuletzt für das Wohl der Mutter haben können. Als möglicher Mechanismus für den negativen Effekt von psychischen Erkrankungen auf fetale Entwicklungsstörungen wie fetale Wachstumsretardierung und Frühgeburtlichkeit wird die Wirkung von maternalen erhöhten Cortisolspiegeln unter depressiven Symptomen und Angststörungen auf die uterine Durchblutung und das fetale Wachstum diskutiert.

Die konzipierte Studie soll zunächst die depressive Symptome und Angststörungen, sowie Risikofaktoren und maternale Cortisolspiegel in der Schwangerschaft sowie vier bis acht Wochen postpartal erfassen. Dabei soll untersucht werden, ob schon in der Schwangerschaft Risikofaktoren und Symptome existieren, die prädiktiven Charakter für die Entstehung postpartaler psychischer Störung haben. Des Weiteren soll der Zusammenhang von maternalen Cortisolspiegeln und fetaler Entwicklung sowie Gestationsalter untersucht werden. Im Rahmen der Studie findet ein intensiver Austausch mit den Ärzten und Psychologen der Mutter-Kind-Einheit der Station Jasper

statt, auf der psychisch erkrankte Mütter zusammen mit ihren Kindern sowie psychisch erkrankte Schwangere behandelt werden. Geplant ist eine gemeinsame psychiatrisch/psychologische sowie geburts-hilfliche Betreuung auf der Station Jaspers, um psychisch erkrankten Frauen eine optimale Versorgung zu ermöglichen.

(Arbeitsgruppe Maul)

Preterm Birth International Collaborative (PreBIC)

Die PreBIC ist inzwischen eng mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) assoziiert. Als Sprecher der Gruppe ‚International Collaboration‘ ist Herr PD Dr. Maul in die Organisation einer weltweit geplanten Erhebung zur Frühgeburtlichkeit involviert. Die Erhebung wird zum ersten Mal valide epidemiologische Daten zu diesem global betrachtet wichtigsten Gesundheitsproblem liefern. Die Studie wird erstmals Unterschiede im Management und in der Prävention der Frühgeburtlichkeit zutage fördern. Pro Kontinent ist die Erhebung von mindestens 100.000 Schwangerschaften über einen Zeitraum von 3 Monaten vorgesehen.

Im Bereich Ultraschall-Pränatalmedizin werden Forschungsprojekte bearbeitet, die sich personell wie inhaltlich überlappen; damit wird hinsichtlich der Patientinnenversorgung als Basis klinischer Forschung und der wissenschaftlichen Auswertung bewußt in ein integratives Konzept verfolgt.

Es soll eine möglichst große Stabilität der Strukturen durch die Möglichkeit, sich wechselseitig zu vertreten, garantieren. Im Einzelnen handelt es sich um:

- › Subgruppenanalyse des kombinierten Ersttrimesterscreenings nach dem altersfreien AFS-Konzept
- › Ersttrimesterscreening-Testleistungs-Vergleichsstudie Original-Nicolaides-Software vs. Prenatal Risk Calculation – PRC (FMF-Deutschland)
- › Medianerstellung für Papp-A und fßHCG in einem norddeutschen Ersttrimester-Risikokollektiv
- › Evaluation des dreidimensionalen Risikokalkulationskonzeptes AFS-3D in der nichtinvasiven Risikoeinschätzung am Ende des ersten Trimenons

- › Effekt der Consanguinität auf das fetale Fehlbildungsmuster in einem universitären Risikokollektiv

(Arbeitsgruppe Scharf)

Untersuchungen zum Einfluß regulatorischer T-Zellen bei normaler Schwangerschaft und gestations-spezifischen Erkrankungen

In der Schwangerschaft stellt der Fetus gewissermaßen ein "semi-allogenes Transplantat" dar, dessen paternale HLA-Anteile vom mütterlichen Immunsystem zwar erkannt aber nicht abgestossen werden. Derzeit werden zahlreiche Mechanismen diskutiert, die möglicherweise in die Induktion und Aufrechterhaltung der feto-maternalen Immuntoleranz involviert sind. Während der embryonalen Entwicklung werden Implantation und Plazentation zunächst auf lokaler Ebene immunologisch kontrolliert. Im fortgeschrittenen Stadium der Schwangerschaft wird das mütterliche Immunsystem zunehmend mit fetalen HLA-Antigenen konfrontiert, die in Form von löslichen HLA-Molekülen den mütterlichen Kreislauf erreichen können, oder auch von infiltrierten fetalen dendritischen Zellen exprimiert und sezerniert werden. Zusätzliche, in der Peripherie wirkende toleranzinduzierende Mechanismen sind daher für einen komplikationslosen Schwangerschaftsverlauf von ausschlaggebender Bedeutung. Störungen dieser Mechanismen sind möglicherweise in die Pathogenese charakteristischer Erkrankungen in der Schwangerschaft involviert. Neueste Untersuchungen zeigen, dass den sogenannten „regulatorischen T-Zellen“ eine essentielle Funktion bei der Inhibition einer anti-fetalen Immunantwort der Mutter zukommt.

Seit Beginn der Laufzeit dieses Projektes im April 2007 werden CD4+CD25+Foxp3+-Treg-Zellen aus dem peripherem Blut von Patientinnen mit normalem Schwangerschaftsverlauf bzw. von Patientinnen mit unterschiedlichen gestations-spezifischen Erkrankungen quantitativ bestimmt, isoliert und funktional untersucht. Im Rahmen unserer bisherigen Untersuchungen konnte bereits gezeigt werden, dass die Anzahl an CD4+CD25+Foxp3+-Treg-Zellen im Verlauf der Schwangerschaft abfällt. Bei Patientinnen mit

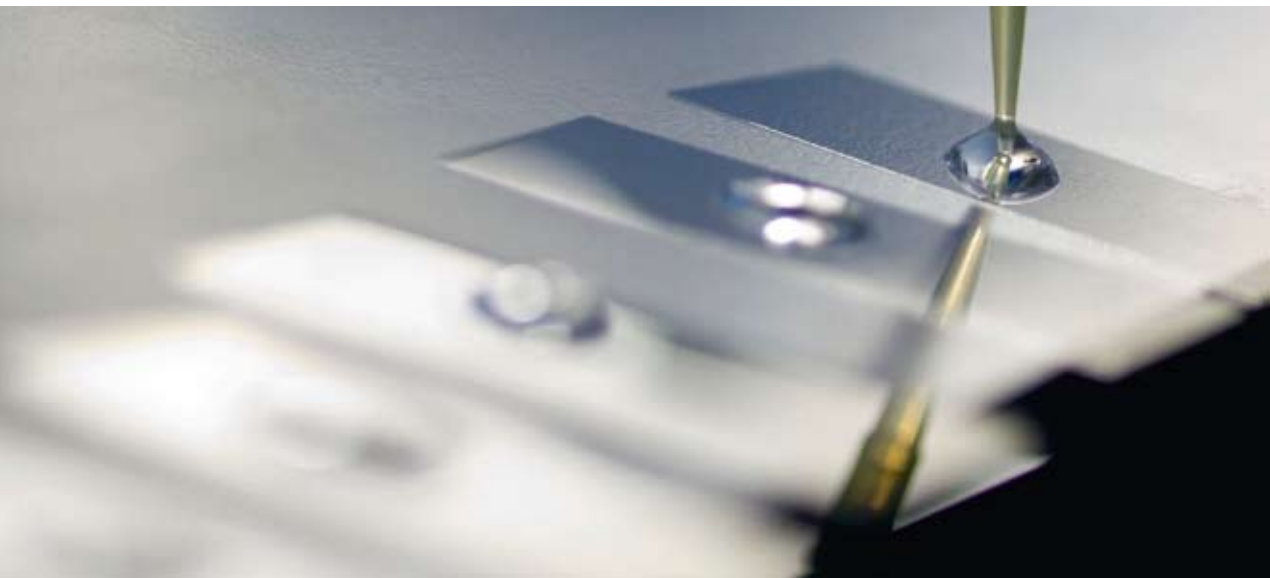
einer Präeklampsie ist die Anzahl dieser Zellen im Vergleich zu Patientinnen mit normaler Schwangerschaft signifikant vermindert. Um Treg-Zellen funktional untersuchen zu können, müssen diese Zellen mittels Magnetic-Associated-Cell-Sorting (MACS-Technik) aus dem peripheren Blut der Patientinnen isoliert werden. Anschließend werden konventionelle CD4+-T-Helferzellen mit unterschiedlichen Mengen an isolierten CD4+CD25+Foxp3+-Treg-Zellen kokultiiviert und deren Proliferation nach Stimulation mit anti-CD3/CD28-Antikörpern gemessen.

Mit Hilfe derartiger „Proliferationsassays“ konnten wir auch zeigen, dass die von Präeklampsiepatientinnen isolierten Treg-Zellen im Vergleich zu Patientinnen mit normaler Schwangerschaft eine signifikant verminderte immunsuppressive Wirkung aufweisen. Bei Patientinnen mit HELLP-Syndrom konnte weder eine verminderte Anzahl, noch eine gestörte Funktion regulatorischer T-Zellen nachgewiesen werden.

Diese unterschiedlichen Subpopulationen an Treg-Zellen sollen zukünftig durch Anfärbung mit weiteren spezifischen Treg-Zell-Marker (IL-7-Rezeptor) durchflusszytometrisch dargestellt und mittels Cell-Sorting isoliert und weiter charakterisiert werden. Auf diese Weise soll untersucht werden, ob andere gestations-spezifische Erkrankungen (Fetale Wachstumsretardierung, vorzeitige Wehentätigkeit/Blasensprung; Gestationsdiabetes) möglicherweise ebenfalls mit Störungen im Gleichgewicht zwischen „natürlich vorkommenden“ und „induzierten“ Treg-Zellen assoziiert sind.

Darüberhinaus soll untersucht werden ob die von uns charakterisierten Subpopulationen an Treg-Zellen bereits während der fetalen Entwicklung im peripheren Kreislauf des Feten nachweisbar sind, bzw. ob das Auftreten charakteristischer gestations-spezifischer Erkrankungen auch mit einer verminderten Anzahl oder einer gestörten immunsuppressiven Funktion fetaler regulatorischer T-Zellen assoziiert ist.

(Arbeitsgruppe Steinborn)



Die Urogynäkologie – einem tabuisierten Thema begegnen

Das wissenschaftliche Engagement in der Urogynäkologie konzentriert sich bewusst auf klinische Fragestellungen zur Funktion des Beckenbodens und deren Störungen. So unternehmen wir zum einen in Kooperation mit anderen Kliniken multizentrische, fragebogengestützte, prospektiv randomisierte Beobachtungsstudien, als auch fachübergreifende Untersuchungen in der Diagnostik und Therapie von Inkontinenz- und Senkungszuständen.

Dabei geht es insbesondere um folgende Studienansätze:

- › Multizentrische, prospektiv randomisierte Studie zur unterstützten Beckenbodenrekonstruktion in der Chirurgie des Descensus genitalis mit teil resorbierbaren, alloplastischen Netzen zur Reduktion postoperativer Erosionen
- › Prospektiv randomisierte Vergleichsanalyse zweier minimal-invasiver Vaginalschlingensysteme zur Wiederherstellung der Kontinenz hinsichtlich intraoperativer Komplikationen und Patientenzufriedenheit (TOT vs TVT-Secure)

- › Evaluation eines deutschen Senkungsfragebogens zur Lebensqualität in Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Frauenärzten und kooperierenden Krankenhäusern
- › Beurteilung der Wertigkeit der urodynamischen Diagnostik vor netzunterstützten Senkungsoperationen
(Arbeitsgruppe Lenz, Scharf)

Klinische Studien an der Universitäts-Frauenklinik

Aktuelle Studienliste (3/08)

A. Mammakarzinom prophylaktisch:

Name: IBIS II (Anastrozol vs Tamoxifen)

(Phase III, multizentrisch):

Zielgruppe: Primäres nicht-invasives Mammakarzinom (LIN, DCIS)

Ansprechpartner: Schlehe, Schneeweiss

B. Mammakarzinom neoadjuvant:

Name: H3E-MC-So8o (AP->Doc vs AC->Doc)

(Phase II randomisiert, multizentrisch):

Zielgruppe: Primären Mammakarzinom cT2-4cNo-2 Mo

Ansprechpartner: Marmé, Rom, Schneeweiss

C. Mammakarzinom adjuvant (alphabetisch):

Name: ALTO (Chemotherapie->Trastuzumab vs Lapatinib vs TrastuzumabLapatinib)

(Phase III, multizentrisch):

Zielgruppe: Primäres, Herz-positives Mammakarzinom

Ansprechpartner: Rom, Marmé, Schneeweiss

Name: BEATRICE (Chemotherapie+/-Bevacizumab)

(Phase III, multizentrisch):

Zielgruppe: Primäres Hormonrezeptor- und Herz-negatives (triple negatives) Mammakarzinom

Ansprechpartner: Marmé, Rom, Schneeweiss

Name: GAIN (ddETC vs ddEC->ddTX+/-Bondronat)

(Phase III, multizentrisch)

Zielgruppe: Primäres, nodal-positives Mammakarzinom

Ansprechpartner: Rom, Marmé, Schneeweiss

Nähere Informationen: <http://www.germanbreast-group.de/gain/>

Name: PACT (Anastrozol+/- Support)

(Phase III, multizentrisch):

Zielgruppe: Primäres, Hormonrezeptor-positives Mammakarzinom

Ansprechpartner: Paringer, Schneeweiss

Name: SUCCESS B/ALTO (FEC->Doc+/-G ->Trastuzumab vs Lapatinib vs TrastuzumabLapatinib)

(Phase III, multizentrisch):

Zielgruppe: Primäres, Herz-positives Mammakarzinom

Ansprechpartner: Rom, Marmé, Schneeweiss

Nähere Informationen: www.success-studie.de

D. Mammakarzinom metastasiert (alphabetisch):

Name: AVASTIN (Chemotherapie+Bevacizumab)

(Phase IV, multizentrisch):

Zielgruppe: First-line-Therapie beim Herz-negativen metastasierten Mammakarzinom

Ansprechpartner: Heil, Schneeweiss

Name: BALI (Cisplatin+/-Cetuximab)

(Phase III, multizentrisch):

Zielgruppe: Second-line-Therapie beim Hormonrezeptor- und Herz-negativen (triple negatives) metastasierten Mammakarzinom

Ansprechpartner: Beuter-Winkler, Aigner, Schneeweiss

Name: CLEOPATRA (DocetaxelTrastuzumab+/-Pertuzumab) (Phase III, multizentrisch):
Zielgruppe: First-line–Therapie beim Herz-positiven metastasierten Mammakarzinom
Ansprechpartner: Beuter-Winkler, Aigner, Schneeweiss

Name: ENZA (Fulvestrant+/-Enzastaurin) (Phase II, randomisiert, multizentrisch):
Zielgruppe: First-line–Therapie beim metastasierten, Herz-negativen Mammakarzinom und Progress unter Aromatasehemmer
Ansprechpartner: Paringer, Schütz, Schneeweiss

Name: KUDOS Ma (PARP-1 Inhibitor mono) (Phase II, multizentrisch):
Zielgruppe: BRCA1- oder BRCA2-positives Mammakarzinom
Ansprechpartner: Schlehe, Schneeweiss

Name: LBH (Trastuzumab+LBH589) (Phase I/II, multizentrisch):
Zielgruppe: First-third-line–Therapie beim Herz-positiven metastasierten Mammakarzinom
Ansprechpartner: Schütz, Paringer, Schneeweiss
Name: MADONNA (Docetaxel+/-Sorafenib) (Phase III, multizentrisch):
Zielgruppe: First-line-Therapie beim Herz-negativen metastasierten Mammakarzinom
Ansprechpartner: Aigner, Paringer, Schneeweiss

Name: Tumorantigenspezifische reaktivierte T-Gedächtniszellen des Knochenmarkes (Phase II, monozentrisch):
Zielgruppe: vorbehandelte Pat. im Progress in Zusammenarbeit mit dem DKFZ
Ansprechpartner: Schütz, Schneeweiss

E. Ovarialkarzinom
Name: OVAR 11 (CarboplatinPaclitaxel+/-Bevacizumab) (Phase III, multizentrisch):
Zielgruppe: Primäres Ovarialkarzinom
Ansprechpartner: Eichbaum, Gebauer, Schneeweiss

Name: MORA (Moraboo3 mono oder Moraboo3+Carboplatin/Paclitaxel) (Phase II, multizentrisch):
Zielgruppe: Platinsensitives Rezidiv
Ansprechpartner: Eichbaum, Schneeweiss

F. Zervixkarzinom
Name: Primäre Radiochemotherapie (Carboplatin/Isofosfamid neoadjuvant, nachfolgend optional OP) (Phase II, multizentrisch):
Zielgruppe: Inoperables Zervixkarzinom
Ansprechpartner: Eichbaum, Gebauer

Name: AGO-Zervix 1 (CisplatinTopotecan vs Paclitaxel Topotecan) (Phase II randomisiert, multizentrisch):
Zielgruppe: Rezidiertes, inoperables Zervixkarzinom
Ansprechpartner: Eichbaum, Gebauer

G. Endometriumkarzinom
Name: DEFEND (Letrozol) (Phase II, multizentrisch)
Zielgruppe: Inkurables, Hormonrezeptor-positives Endometriumkarzinom
Ansprechpartner: Heil, Gebauer



Lehre – der Ausbildung junger Kollegen verbunden



2.34cm
Autosync
100%
20db
5.5cm
18.0cm
17 Feb
7:55
0:00:00





HeiCuMed

Die Ausbildung der Medizinstudenten an der Universitäts-Frauenklinik erfolgt nach dem Konzept des Heidelberger Curriculum Medicinale – HeiCuMed. Dieses für die Heidelberger Universität spezifische Lehrmodell stellt einen innovativen Ansatz dar, um die Studenten besser auf ihre spätere klinische Tätigkeit vorzubereiten. Es soll das praktische Lernen und Begreifen durch praxisbezogene Ausbildung fördern.

Das Konzept beinhaltet ein Praktikum auf Station bzw. in einer Ambulanz mit Bedside teaching und Patientenkontakt. In täglichen Fallvorstellungen werden interessante Fälle für alle Teilnehmer aufbereitet und vorgestellt. Durch die Teilnahme am Bereitschaftsdienst soll den Studenten die Möglichkeit gegeben werden, einen Einblick in die Geburtshilfe und in gynäkologische Notfälle zu bekommen. In Vorlesungen werden die Lernziele aufbereitet, Seminare vertiefen die Umsetzung des Gelernten. Innovative Lernformen, wie das Problemorientierte Lernen (POL), Untersuchungskurse am Phantom, Umgang mit dem Ultraschallsimulator und Videodemonstrationen bereiten die Themen interessant und anschaulich auf.

Im Jahr finden 8 vierwöchige Module statt, wobei die Studenten innerhalb des Moduls wiederum in Kleingruppen aufgeteilt werden.

Gute Lehre und Ausbildung bedarf motivierter Dozenten. Daher hat sich an der Frauenklinik eine Arbeitsgruppe interessierter Kolleginnen und Kollegen etabliert, die für jedes Jahr die Lehrpläne überarbeiten und an die Bedürfnisse der Studenten anpassen sowie optimieren.

Famulatur

Studenten, die gerne tieferen Einblick in die Frauenklinik erhalten möchten, können das im Rahmen einer 4wöchigen Famulatur realisieren. Häufig kommen auch ausländische Studenten, durch die sich dann später ein Kontakt zu deren Heimatuniversität entwickelt.

Praktisches Jahr

Nach einem Rotationssystem wird der Einsatz auf einer gynäkologischen Station, in der Geburtshilfe sowie in der Ambulanz gewährleistet. Wöchentlicher PJ-Unterricht sollte den theoretischen Hintergrund und praktische Aspekte wichtiger Themen unseres Fachs beleuchten. Die PJ Studenten bekommen mit zunehmender Erfahrung immer mehr Aufgaben übertragen und sind nach ihrem Einsatz nahezu in der Lage, selbstständig eine Station zu führen. Für die geleistete Arbeit auf den Stationen und die Assistenz im OP bedanken wir uns ganz herzlich bei allen derzeitigen und ehemaligen PJlern!

Facharztausbildung

Die Komplexität des Faches Gynäkologie und Geburtshilfe nimmt fortwährend zu. Dem trägt die Weiterbildungsordnung in Ihrer gegenwärtigen Form insoweit Rechnung, als daß Aspekte der Ausbildung zum klinisch tätigen Gynäkologen mehr in den Bereich nach-fachärztlicher Spezialisierungen („Zusätzliche Weiterbildungen“) verlagert wurden und demgegenüber die Grundausbildung gemäß den Bedürfnissen gynäkologischen-präventiven Arbeitens in der niedergelassenen Praxis in den Vordergrund gerückt sind.

Als Hochschuleinrichtung eröffnet die Universitäts-Frauenklinik Heidelberg über die klinische Ausbildung hinaus den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Weiterbildung zum Facharzt für Frauenheilkunde die Möglichkeit, wissenschaftlich Grundlagenforschung als auch klinische Forschung zu betreiben. Die Option, sich aktiv an der regelmäßigen Lehrtätigkeit einzubringen, rundet dabei das Spektrum an Maßnahmen ab, welche eine umfassende fachliche Persönlichkeitsbildung an der UFK Heidelberg gewährleisten soll.

Generell wird die Weiterbildung zum Facharzt für Frauenheilkunde durch ein Kräftedreieck dominiert: Es setzt sich zusammen aus den Ausbildungspflichten der Weiterbildungsordnung, den personellen und strukturellen Bedürfnissen der Klinik und den fachlichen Neigungen bzw. der strategischen

professionellen Lebensplanung des jeweiligen Weiterbildungsassistenten. Vor diesem Hintergrund ist es zwingend erforderlich, daß für jede/n ärztlichen Mitarbeiter/in ein individuelles Weiterbildungskonzept mit Eintritt in die Universitäts-Frauenklinik definiert wird. Die erfolgreiche Umsetzung dieses Konzepts muß dabei in regelmäßigen Abständen überprüft werden.

Als Steuerungsmethode ist ein Weiterbildungsbogen entwickelt worden. Dieser dient bei jedem Personalentwicklungsgespräch als Gesprächsgrundlage. In ihm werden die weiteren Ausbildungsschritte definiert und deren Umsetzung überprüft. Mindestens 2x pro Jahr werden individuelle Weiterbildungsgespräche geführt.

Derartige Maßnahmen sollen dazu beitragen, dass im Endeffekt die Zufriedenheit des jeweils in der Weiterbildung befindlichen Assistenzarztes wie auch die personellen wie strukturellen Ressourcen der Frauenklinik optimiert zueinander geführt und genutzt werden.

Herausgeber

Universitätsklinikum Heidelberg
Universitäts-Frauenklinik
Voßstraße 9
69115 Heidelberg

Redaktion

Dr. Jörg Heil (federführend)
Prof. Dr. Gerhard Gebauer (beratend)
Prof. Dr. med. Prof. h. c. Christof Sohn (V.i.S.d.P.)

Gestaltung und Layout

Stabsstelle des Universitätsklinikums
und der Medizinischen Fakultät Heidelberg

Leitung Markus Winter
markus.winter@med.uni-heidelberg.de
www.klinikum.uni-heidelberg.de/medien
Philip Benjamin, Foto
Sybille Sukop, Grafik

Fotos & Bildredaktion

Medienzentrum
IStockfoto, Stockxpert, Stockxchng, Photocase

Druck

Cebulon Druck, Berlin

Stand

August 2008



www.klinikum.uni-heidelberg.de